318

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 *juin* 1907 *à* 1 *heure*

Par **Pierre VACHEZ**

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien interne des Hôpitaux d'Angers
Lauréat de l'Ecole de Médecine d'Angers
Prix Farge (Observations cliniques) 1906

L'ULCÈRE PEPTIQUE

DU JÉJUNUM

Président : M. TERRIER, *professeur.*

Juges : MM. SEGOND, *professeur.*
GOSSET et PIERRE DUVAL, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Operations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par deliberation en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Souvenir d'excellentes relations et d'heureuses années passées à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

Expression de ma vraie reconnaissance pour leurs savantes leçons, leurs conseils éclairés, leur bienveillante sympathie.

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTE
DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

HISTORIQUE

Le point de départ de cette étude réside dans l'observation d'un malade que nous avons eu l'occasion de suivre dans le service du professeur Monprofit, et qui opéré une première fois en mai 1904 de gastro-entérostomie pour sténose du pylore, revint dans le service en novembre 1905. Il présentait des symptômes qui mirent sur la voie du diagnostic probable d'un ulcère évoluant sur la branche jéjunale anastomosée, et dictèrent l'intervention. Le diagnostic vérifié on fit une nouvelle anastomose.

Cette observation que nous reprendrons en détail, nous a paru résumer assez bien les conditions dans lesquelles se présente pour la majorité des cas l'ulcère du jéjunum dans son évolution lente, à la suite d'une première gastro-entérostomie. Nous croyons intéressant d'arrêter notre attention sur une lésion encore peu observée en France et à laquelle d'autre part on ne pense peut-être pas assez souvent. Mais le diagnostic clinique encore un peu obscur et hésitant vis-à-vis de lésions

à histoire si récente, doit se préciser chaque jour davantage par suite du plus grand nombre de cas observés. Ils sont assez nombreux à l'étranger ; le nôtre est le troisième qui soit relaté en France.

C'est d'Allemagne que nous parvint il y a huit ans la notion de l'ulcère peptique du jéjunum, lésion jusqu'alors inconnue, et dont le premier cas fut observé par Braun en 1899. Il s'agissait d'une malade de 25 ans opérée de gastro-entérostomie et qui onze mois après fit brusquement une rechute, avec douleur aiguë au creux épigastrique. Elle mourait en quarante-huit heures de péritonite, par perforation d'un ulcère du jéjunum dans la cavité abdominale.

Depuis la première gastro-entérostomie tentée avec succès en 1881 par Woelfler pour un cancer du pylore, opération dont la pratique allait universellement se répandre, il s'était écoulé dix-huit ans durant lesquels cette complication si curieuse demeurait inconnue. Elle fut une trouvaille d'autopsie.

Dans la suite, c'est encore à la littérature médicale allemande que nous devons emprunter des faits d'observation et de nouvelles données. En 1900, Körte rapporte au congrès de chirurgie de Berlin le cas d'un ulcère peptique du jéjunum, trois ans après gastro-entérostomie pour ulcère ; au même congrès, Steinthal fournit l'observation d'une femme de 44 ans atteinte de sténose pylorique, morte dix jours après la gastro-entérostomie, à la suite de multiples perforations du jéjunum. D'autres cas sont signalés isolément au fur et à mesure de leur apparition. En 1903 le Dr A. Kieffer en France

réussit à grouper 12 cas d'ulcère du jéjunum les envisageant dans sa thèse comme complication de la gastro-entérostomie. En Allemagne, un élève de Mikulicz-Tiegel, fait paraître en 1904 un travail important sur la question basé, sur l'étude de 22 cas. En Angleterre le seul cas qui ait vu le jour fut rapporté par Mayo-Robson en 1904.

La première observation publiée en France remonte à 1902. Elle est due à Quénu qui signale dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, un cas d'ulcère simple de l'anse jéjunale anastomosée survenu quatre ans après une gastro-entérostomie antérieure pour sténose cicatricielle du pylore.

En 1905, M. Gosset observe à la clinique chirurgicale du professeur Terrier, un autre cas d'ulcère peptique du jéjunum dont il fournit la relation dans la *Revue de chirurgie,* avec une étude très documentée appuyée sur les 31 cas d'observation qu'il est parvenu à réunir.

Vers la même époque, il nous était donné d'observer dans le service du professeur Monprofit le cas relaté plus haut d'un malade opéré de gastro-entérostomie pour sténose et qui, après une période de parfaite santé, fut repris de symptômes douloureux imputables à la formation d'un ulcère jéjunal. Enfin tout récemment M. le professeur Rotgans d'Amsterdam a eu l'extrême obligeance de nous communiquer quatre observations personnelles sur l'ulcère peptique du jéjunum. Nous l'en remercions ici profondément, heureux qu'il nous permette d'apporter ce nouvel élément en contribution à l'étude d'une affection si intéressante et si neuve.

Reprenant les 22 observations de Tiegel dont le mémoire remonte à 1904, puis les 9 cas nouveaux que réussit à grouper M. Gosset dans son travail d'août 1906, nous arrivons avec notre nouvel apport, au total de 36 observations. Ce sont celles de Braun, Kausch, Körte, Steinthal, Quénu, Kocher, Heidenhain, Gœpel (3 cas), Krönlein, Mikulicz (2 cas), Hahn (3 cas), Czerny (3 cas), Neumann, Mikulicz-Tiegel (2 cas), Brodnitz, Schloffer, Mayo Robson, Tiegel, Kaufmann, Jahr, Eiselsberg, Herczel, Gosset, Monprofit, Rotgans (4 cas). Leur étude servira de base à notre thèse.

Après quelques considérations anatomo-pathologiques, nous rechercherons ce qui, dans la marche des accidents observés, paraît au point de vue pathogénique, dominer toute l'histoire de l'ulcère jéjunal. Nous aborderons ensuite l'étude des symptômes et des formes que peut revêtir l'affection, avec leur pronostic variable. Nous tâcherons enfin d'en tirer des conclusions au point de vue du traitement.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous tenons à remercier les maîtres de l'École et de l'Hôtel-Dieu d'Angers, qui nous ont dirigé et soutenu dans le cours de nos études. Avec leur enseignement, nous emportons respectueusement le souvenir de la bienveillante sympathie qu'ils nous ont témoignée durant nos années d'internat. M. le professeur Monprofit, de qui nous tenons nos notions chirurgicales, nous a inspiré le sujet de notre thèse ; nous lui en exprimons ici notre gratitude. Il sait quelle respectueuse recon-

naissance nous lui conservons pour l'intérêt qu'il n'a jamais cessé de nous porter.

Nous prions M. le professeur Terrier, qui a bien voulu accepter de présider notre thèse, d'agréer l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'ulcère du jéjunum ne diffère pas de celle des ulcères de l'estomac et du duodénum. A l'autopsie ou sur la table d'opération, l'ulcère du jéjunum se présentera donc sous des formes différentes, suivant le stade de son évolution et la rapidité dans la marche de l'ulcération.

L'ulcère aigu, et nous définissons ainsi l'ulcère récent, dont l'évolution a été si rapide, que la mort est survenue avant la production de toute réaction locale à caractère de chronicité, est loin d'être rare. Il équivaut environ au cinquième des cas observés. Les bords en sont généralement taillés à pic, découpés à l'emporte-pièce, ne sont pas encore ou sont légèrement tuméfiés. La séreuse seule en forme parfois le fond : citons comme exemple le cas rapporté par Körte en 1900, d'une femme antérieurement opérée d'une gastro-entérostomie en 1897, morte le 21 mars 1900 d'une péritonite dont les premiers symptômes dataient du 15, et dont la cause fut révélée à l'autopsie :

« A la partie antérieure de l'anse jéjunale anastomosée, à 7 centimètres de l'ouverture de l'estomac, on trouve un ulcère rond à bords nets et plus grand qu'une pièce de 1 franc. Il perfore la tunique intestinale amincie jusqu'à la séreuse. Sur certains endroits de la séreuse, on trouve des adhérences fibrineuses ; la perforation n'était pas complète, du moins pas de signes de certitude. »

Plus généralement il y a destruction des trois tuniques. Vue par la face péritonéale, la perforation se présente alors sous la forme d'un orifice irrégulier, arrondi ou circulaire ; rarement elle affecte une forme un peu elliptique. Les dimensions en sont très variables et nullement en rapport avec l'étendue de l'ulcère lui-même: tantôt petites commme une tête d'épingle et à peine appréciables, tantôt présentant une perte de substance qui peut dépasser la grandeur d'une pièce de 1 franc. Du côté de la muqueuse, l'aspect de la lésion rappelle, comme pour l'ulcère de l'estomac, celui d'une cavité creusée en entonnoir, la muqueuse subissant une perte de substance plus large que la musculeuse, tandis qu'au fond du cratère ainsi constitué par gradins apparaît l'orifice plus ou moins grand qui correspond à la perforation.

Si la perforation n'est pas immédiate, la conséquence pourra être un abcès péritonéal circonstrit, un « phlegmon stercoral » comme dans le cas de Körte, sus énoncé où la péritonite se fit en deux temps, abcès sous-phrénique, ouvert secondairement dans la grande cavité ; mais lorsque la rupture est brusque ou très large, le

péritoine n'a plus le temps de se défendre, les inflammations plastiques ne viennent pas le préserver en formant une péritonite enkystée, et c'est alors le tableau de la péritonite généralisée, de beaucoup la plus fréquente. Sept fois en effet ce mode a été observé sur les huit cas de perforation qu'on a vu succéder à un ulcère aigu. Nous en rapportons les observations dans notre chapitre de la « forme latente de l'ulcère jéjunal. ».

Dans ces circonstances, les lésions du péritoine peuvent faire défaut au moment de l'autopsie, le malade ayant succombé comme sidéré peu de temps après la perforation. D'autrefois si la mort a été moins rapide, la séreuse apparaîtra visqueuse, dépolie, finement granulée. Ailleurs enfin, la péritonite a eu le temps d'évoluer et on trouve des lésions variables suivant la durée de la maladie : tantôt seulement un dépoli de la séreuse, quelques plaques rouges sur les anses agglutinées, avec un léger épanchement séro-purulent et çà et là quelques fausses membranes récentes : tantôt si la mort a été plus tardive tous les caractères de la péritonite généralisée purulente.

Dans la grande majorité des cas les allures de l'ulcère jéjunal sont moins dramatiques, et le processus ulcératif affectant une marche traînante, se caractérisera anatomiquement par des lésions à caractère de chronicité. Avec le temps les bords de l'ulcère dont nous étudierons plus loin la formation, s'hypertrophient, revêtent la forme d'un bourrelet, deviennent durs et calleux, quelquefois ramollis et irréguliers. Dans ces

conditions, l'épaississement est souvent considérable du côté de la séreuse infiltrée et peut constituer une véritable tumeur dure, régulière, parfois libre comme dans un cas de Rotgans. Ailleurs on constate la formation d'adhérences avec les organes voisins : l'estomac, l'intestin, la paroi abdominale, ce dernier mode étant de beaucoup le plus fréquent.

Durant les premiers stades de cette évolution, l'ulcère peptique du jéjunum peut-il se cicatriser ? Nous n'avons pas pour y répondre de sanctions anatomiques, mais il n'y a rien là que de très probable, si nous envisageons les lésions similaires de l'estomac et du duodénum où le processus cicatriciel peut même dépasser son but pour aboutir à la sténose de l'organe lésé.

Ordinairement la tendance ulcéreuse l'emporte et il se produit une destruction totale de la paroi, une perforation, mais celle-ci est assez lente pour ne s'ouvrir que secondairement à la formation d'adhérences protectrices. De la sorte les organes voisins interviennent pour former tampon, et l'on voit le fond même de l'ulcère constitué par ces viscères, ou bien par la paroi antérieure de l'abdomen, sur lesquels se continuera du reste l'action du suc gastrique.

C'est ce dernier mode que nous avons observé chez le malade du professeur Monprofit: le jéjunum une fois libéré de ses adhérences se trouvait perforé sur une largeur de 1 franc, 2 centimètres environ au-dessous de l'abouchement gastrique. D'autre part, le muscle droit, qui au niveau de cette soudure avait dû être disséqué d'avec l'intestin, laissait voir une perte de substance

assez considérable ; la cavité ainsi formée présentait tout autour une plaque infiltrée, dure, recouverte de fibrine ; le fond apparaissait dépourvu de bourgeons charnus.

Relevant du même processus, mais succédant à la formation d'adhérences contractées non plus avec la paroi, mais avec un viscère voisin, nous assisterons ailleurs à une double perforation, à l'ouverture du jéjunum dans un organe creux, l'estomac, le côlon par exemple. Le premier cas est celui de Kaufmann où il y eut à la fois fistule gastrocolique et jéjunocolique ; le second a été constaté par Czerny, puis par Gosset qui le décrit en détail dans son observation que nous rapportons plus loin.

Le siège de l'ulcère est essentiellement variable ; on l'a trouvé siégeant tantôt au niveau de l'anastomose elle-même, tantôt à 7, 10 centimètres de celle-ci, le plus souvent à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'abouchement, sur la branche descendante du jéjunum. Parfois aussi, on l'a rencontré sur la branche ascendante (procédé de Wœlfler) comme dans le cas de Steinthal. La plupart du temps l'ulcération a été notée à la face antérieure de la paroi intestinale.

L'ulcère du jéjunum est généralement unique. Cependant, comme dans l'estomac ou le duodénum, il a été donné d'en observer plusieurs chez un même sujet. Trois observations en témoignent : celles de Steinthal, Brodnitz et Mikulicz. Le cas de Steinthal est particulièrement intéressant par la multiplicité des lésions observées à l'autopsie.

« A plusieurs centimètres de l'anastomose, nous dit-il, se trouvaient deux pertes de substance taillées comme à l'emporte-pièce, de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 et dans l'anse efférente. Dans l'anse afférente deux autres pertes de substance de même grandeur, prêtes à se perforer, et situées à quelques centimètres au-dessus de l'anastomose. »

PATHOGÉNIE

Il n'entre pas dans le cadre de ce modeste travail d'exposer, et encore moins de discuter à fond, toutes les théories émises pour expliquer la pathogénie de l'ulcère de l'estomac ou de l'intestin, afin d'en tirer des conclusions appliquables à la pathogénie de l'ulcère jéjunal. Ce serait pourtant une lacune de ne pas les passer rapidement en revue.

Que retiendrons-nous donc des diverses théories de l'infarctus hémorragique, de l'embolie ou de la thrombose artérielle, de l'altération du sang, de l'infection, de l'excès de sécrétion gastrique ?

Les travaux de Virchow sur les thromboses et l'embolie devaient naturellement conduire à une conception spéciale de l'ulcère, celle qui en subordonne l'évolution à l'arrêt de la circulation par un des trois modes : embolie, stase veineuse ou thrombose.

Mais des objections capitales peuvent être faites à cette théorie. La première, celle qui semble la plus irréfutable, est une objection anatomique. Pour pro-

duire un infarctus, il faut que l'artère oblitérée soit terminale. Or les artères intestinales comme les artères gastriques ne sont pas terminales. De larges anastomoses existent entre les conduits vasculaires et se suppléent entre eux. Aussi a-t-on pu voir des expérimentateurs comme Conheim, Körte, ne rien obtenir en provoquant des embolies artérielles, ou même en faisant la ligature des branches de la mésentérique supérieure.

Sans nous arrêter à la conception qui voit dans l'embolie le point de départ de l'ulcère, qu'il nous soit permis de constater la rareté de celui-ci chez les emboliques, et par contre sa fréquence extrême chez des malades aucunement atteints de tare cardiaque ou athéromateuse. Quant à la thrombose, il est certain qu'on la rencontre presque toujours sur les vaisseaux qui parcourent les parois de l'ulcère, mais n'est-ce pas là une lésion accessoire, consécutive et non antérieure à l'ulcère rond, lésion qui jouerait d'ailleurs, en créant une zone d'anémie plus ou moins étendue, un certain rôle dans le passage de l'ulcère à l'état chronique. Enfin la stase veineuse peut donner lieu, il est vrai, à une rupture vasculaire, à une infiltration hémorragique, et il est encore vrai que cette suffusion sanguine est dans bien des cas le premier stade de l'ulcère : mais pour qu'il y ait ulcération, c'est-à-dire perte de substance, il faut autre chose. Pas plus sur le jéjunum qu'ailleurs, l'arrêt même complet de la circulation dans un vaisseau peu volumineux ne peut donner lieu à une ulcération.

La théorie névro-trophique invoquée par Gilles de la Tourette fait de l'ulcère simple la conséquence de troubles trophiques nerveux le rapprochant en cela du mal perforant plantaire par exemple ; mais cette théorie basée sur la constatation de sept ulcères coexistant avec l'hystérie, sur seize cas observés, n'est sans doute valable que pour les hystériques.

Disons que l'on a jamais trouvé dans le voisinage d'un ulcère les lésions dégénératives nerveuses que la théorie nous permettait d'attendre, et que d'autre part Körte au cours de ses recherches expérimentales, a provoqué des lésions du sympathique abdominal sans résultat démonstratif. Cette théorie, du moins ingénieuse, n'est donc susceptible de jeter aucun jour sur la pathogénie de l'ulcère jéjunal.

Dans ces derniers temps est intervenue la théorie microbienne et on a voulu peut-être trop voir comme véritable facteur de l'ulcère simple la toxi-infection. En effet, nous dit-on, il existe de nombreux cas d'ulcérations intestinales et stomacales manifestement sous la dépendance d'un état infectieux ou d'une intoxication, qui ne se distinguent nullement au point de vue anatomique des ulcères simples typiques et peuvent évoluer comme eux. Ceci est il suffisant pour nous faire admettre l'origine infectieuse de l'ulcère jéjunal, succédant à plus ou moins brève échéance à l'évolution d'un premier ulcère stomacal, et qui reconnaîtrait ainsi pour cause une toxhémie, une altération des milieux par un poison comme on l'a prétendu, admettant par là une sorte de « diathèse ulcéreuse » dont les manifesta-

tions peuvent n'avoir pas les mêmes localisations tout en reconnaissant une pathogénie univoque ? Nous ne le croyons pas. Si des lésions interstitielles d'origine infectieuse et de nature microbienne peuvent, dans certains cas encore peu définis, précéder et provoquer l'autodigestion, il faut en tenant compte de l'ensemble considérable des faits observés par des auteurs différents, reconnaître que la production de l'ulcère rond typique suppose avant tout l'action digestive du suc gastrique, en des points de muqueuse à vitalité diminuée.

Inutile de rappeler tout ce qui a été dit pour défendre cette théorie : on sait qu'après la mort l'estomac se digère lui-même, on sait par l'expérimentation physiologique et même par l'alimentation humaine que le suc gastrique peut digérer les tissus vivants (grenouilles, huîtres etc...) ; on sait d'autre part depuis longtemps que l'ulcéreux est hyperchlorhydrique, l'étude du chimisme gastrique ayant fourni à ce sujet des documents indéniables. Les Allemands sont si bien convaincus de ce rôle de la sécrétion gastrique dans l'élaboration de l'ulcère simple, qu'ils ont consacré l'appellation d'ulcère peptique.

Mais, opposait-t-on, quand l'ulcère guérit l'hyperchlorhydrie persiste ; et d'autre part tous les porteurs d'ulcère rond ne sont pas des hyperacides. Enfin une objection à la théorie de l'auto-digestion et qui semblait irréfutable est celle-ci : Il est clair qu'on ne peut admettre l'auto-digestion pour les ulcères extra-tomacaux, car si on a bien essayé d'y rattacher les lésions de l'œsophage et du duodénum en imaginant un contact

très hypothétique avec le suc gastrique par voisinage de l'estomac, elle cesse d'être appliquable aux ulcères qui naissent en dehors de sa zone d'action.

Or ces cas d'ulcérations intestinales siégeant au delà du duodénum étaient des faits d'observation absolument rares, et dans ceux qui furent jusqu'ici rapportés, il s'agissait non pas d'ulcères typiques, mais d'ulcérations tuberculeuses, typhiques ou d'origine douteuse à forme banale; et bien que certains auteurs, parmi lesquels Lebert, aient prétendu que l'ulcère simple peut se voir sur l'intestin au-dessous du duodénum, son existence n'était véritablement démontrée jusqu'à ces dernières années que pour l'estomac, la partie terminale de l'œsophage et le duodénum, en somme dans la seule région du tube digestif en contact avec le suc gastrique non saturé. La multiplicité des cas d'ulcères du jéjunum observés depuis la vulgarisation de la gastro-entérostomie, lésion quasi inconnue auparavant, et qui réalise chez les anciens ulcéreux hyperchlorhydriques une véritable récidive, est une réponse aux critiques susénoncées, et un argument puissant en faveur de la conception pathogénique univoque. L'ulcère du jéjunum démontre presque expérimentalement si l'on peut dire, l'origine peptique de la lésion ulcéreuse, et ce qui le précise encore, c'est qu'il a été seulement observé à la suite de gastro-entérostomie pour affections bénignes de l'estomac. Pas une seule fois on ne l'a signalé après gastro-entérostomie pour cancer.

Si pourtant on nous objecte que l'hyperchlorhydrie a pu dans certains cas d'ulcère n'être pas démontrée, cas

d'exception, nous répondrons que la technique employée pour l'examen du suc gastrique n'avait peut-être pas été irréprochable, que souvent on avait repoussé l'hyperchlorhydrie après un seul repas d'épreuve, et que enfin les analyses négatives avaient été le plus souvent obtenues après la guérison de l'ulcère. Or Korczinski et Javorski ont montré par l'histoire d'un de leurs malades que l'hyperchlorhydrie peut disparaître lorsque l'ulcère guérit ; ils ont même vu l'hypochlorhydrie succéder à l'hyperchlorhydrie.

De la lecture des observations qui ont été rapportées ressort bien cette notion que l'ulcère du jéjunum a été observé d'une part chez des hyperacides, mais en outre et d'une façon constante, chez les grands dilatés. Gosset a déjà noté ce fait et aussi cet autre, primordial, que l'on avait affaire à des sténoses très serrées. Ce sont là deux facteurs absolus de la stase.

Or nous savons que la tendance à la stase, déjà fréquente dans l'hyperchlorhydrie simple, agit certainement souvent pour augmenter cette hyperchlorhydrie et pour rendre l'auto-digestion plus active. La cessation de cette même stase à un moment donné, pourrait ramener la sécrétion chlorhydropeptique à la normale, ou même au-dessous de la normale: on peut prétendre que ce résultat est justement réalisé chez les gastro-entérotomisés peu dilatés qui voient bientôt, grâce à un abouchement précoce, disparaître les phénomènes de stase et d'hyperchlorhydrie concomitante.

Au contraire, et nous insistons sur ce point, chez les grands dilatés avec sténose ancienne très serrée, la stase

par ses excitations répétées sur la muqueuse, aura abouti à une hypertrophie générale des tubes glandulaires. On sait qu'Hayem a beaucoup insisté sur ce que dans les cas de ce genre, les glandes de la région pylorique tendent à prendre le même type que les glandes de la grande courbure. Cette lésion irritative exalte donc d'une façon intensive le pouvoir chlorhydropeptique de la muqueuse et l'on conçoit que ce sont là des conditions très défavorables pour une gastro-anastomose, d'autant que le suc gastrique sera déversé dans un segment intestinal où il cesse de rencontrer l'action neutralisante de la bile.

Enfin ce qui semble démontrer que tout concourt dans de telles conditions à provoquer l'éclosion du processus de jéjunite ulcéreuse, la fonction peptique tend à atteindre son maximum de développement précisément au niveau de la région stomacale où l'on pratique en général l'abouchement du jéjunum, car chez les malades où l'antre du pylore est très dilatée et très abaissée, on est facilement conduit de ce fait à effectuer l'anastomose plus près du pylore qu'on ne pourrait le préjuger.

Dès lors la pathogénie de l'ulcère jéjunal qui nous apparaît dans ses grandes lignes simple et séduisante peut se résumer ainsi :

Un estomac à dilatation considérable, remontant à l'évolution d'un ulcère rond ou consécutive à la sténose pylorique, conséquence elle-même de l'ulcère ; une surface nuqueuse capable de présider à la sécrétion chlorhydropeptique tendant à devenir de plus en plus étendue et active sous l'effet de la stase ; un abouche-

ment intestinal effectué tardivement et trop près de l'antre pylorique ; un suc gastrique à pouvoir exalté arrivant au contact de la muqueuse jéjunale aucunement neutralisé par la sécrétion biliaire et pancréatique; voilà ce qui prépare l'apparition des phénomènes d'auto-digestion, facilités le plus souvent par une absence complète de traitement médical approprié, facilités peut-être par une cause de moindre vitalité de la muqueuse : légère atrésie des tissus au cours de l'intervention comme l'a supposé Braun ; fragilité des vaisseaux athéromateux comme a voulu le voir Steinthal, peut-être enfin diminution de l'apport sanguin due à la torsion du mésentère qui atteint à l'anse grêle, anastomosée dans une mauvaise position.

Terminons ce chapitre en rappelant qu'expérimentalement Watts en 1903 put déterminer chez un chien la formation d'un ulcère peptique du jéjunum. Trois mois après une gastro-entérostomie antérieure qu'il pratiqua sur lui, l'animal fut près d'accidents péritonéaux et mourut rapidement.

A l'autopsie on constata une péritonite généralisée dont on releva aussitôt la cause : le jéjunum était le siège de deux ulcères développés précisément en face de la bouche gastrique : l'un des deux s'était perforé provoquant ainsi la péritonite mortelle.

ÉTIOLOGIE

Il serait intéressant, par une statistique qui dépasse forcément nos moyens de recherche, d'établir une proportion entre le nombre de gastro-entérostomies tentées jusqu'ici pour affections bénignes de l'estomac, et celui de récidives ulcéreuses localisées au jéjunum. Le pourcentage serait certainement faible, mais il est vrai de dire qu'on eut diagnostiqué peut-être plus souvent l'ulcère jéjunal si la recherche en avait été méthodique. Cependant la vulgarisation faite d'années en années d'une affection à histoire relativement jeune, ne doit plus permettre aujourd'hui de laisser passer inaperçue une complication souvent fatale, si l'on ne prévient ses accidents.

Quoi qu'il en soit, disons que c'est presque exclusivement chez les hommes que l'ulcère peptique du jéjunum a été observé. Trois fois noté chez la femme, deux d'entre elles âgées de 33 ans (cas de Schloffer et de Rotgans), la troisième enfant de 4 mois (cas de Tiegel)

les trente-trois autres cas sont apparus chez des hommes. Peut-être faut-il incriminer leur passé d'éthyliques, tout au moins leur abus des boissons alcooliques souvent noté dans l'étiologie de la première affection gastrique, leur nourriture excitante et grossière, en tous cas leur hygiène peu surveillée au cours de professions rudes qui obligent parfois le malade à travailler dans la poussière. C'est d'une part l'impression qui se dégage de la lecture des observations, mais pardessus tout cette notion, qu'on a généralement affaire à des malades qui ne se sont pas ou se sont mal soignés, délaissant toute préoccupation de régime, parce qu'ils se croyaient à l'abri de tout accident du fait de leur précédente opération.

L'ulcère du jéjunum est apparu à tous les âges, et nous n'avons pas de conclusions à tirer des statistiques faites à cet égard. Le plus fréquemment il est survenu entre 30 et 40 ans : Dix fois effectivement nous le notons d'une façon précise, mais nous pouvons sans doute faire entrer dans ce groupe les dix autres cas où l'âge n'a été fourni que sous la rubrique d'âge moyen. Entre 40 et 50 ans il est noté sept fois ; au-dessous de 30 ans six fois, dont le cas de Tiegel chez un enfant de 4 mois, trois fois enfin au-dessus de 40 ans.

Le temps écoulé entre la gastro-entérostomie et l'apparition de l'ulcère du jéjunum est excessivement variable. C'est ainsi qu'on a observé l'évolution étonnamment précoce et rapide de la lésion, apparue une fois au dixième jour, une autre fois au deuxième mois qui suivirent l'intervention; d'autre fois elle a une marche

absolument torpide et l'ulcère a pu n'apparaître que neuf ans après la gastro-entérostomie. Nous pouvons grouper les différents cas où cet intervalle fut mentionné dans le tableau comparatif suivant :

10 jours . . .	1 cas	3 à 4 ans. . .	7 cas
2 à 6 mois . .	4 —	4 à 5 — . . .	1 —
6 à 12 — . . .	5 —	7 ans	1 —
1 à 2 ans . . .	10 —	9 ans	1 —
2 à 3 —	2 —		

Le procédé opératoire ne semble pas avoir influencé grandement l'apparition de l'ulcère peptique du jéjunum. Ce qui frappe à première vue cependant, c'est que sur trente-six cas observés, quatre fois seulement nous relevons le procédé de la gastro en Y. Ce sont ceux de Kocher, de Rotgans (2 cas) et de notre maître Monprofit. Faut-il tirer de là une conclusion ou admettre simplement, que s'il figure pour si peu dans la statistique, c'est que l'abouchement en Y surtout il y a quelques années, peu en honneur en Allemagne, y était très peu pratiqué ?

Mais ce qui apparaît plus nettement c'est que l'ulcère du jéjunum a été surtout vu (plus des deux tiers des cas) lorsque l'on fit l'emploi de l'abouchement antérieur accompagné ou non d'entéro-anastomose. Sans discuter le fait, peut-être pouvons-nous supposer que le tiraillement parfois exercé dans cette position sur le jéjunum, ou que la compression subie par l'intestin quand on pratique l'abouchement antécolique, constituent de légers traumatismes capables de prédisposer à une modification de la muqueuse, intervenant ultérieure-

ment comme un *locus minoris resistentiæ* dans l'apparition de l'ulcère.

La technique même, suivie au cours de l'intervention, ne semble pas faire sentir d'influence. Aussi bien l'ulcère est apparu lorsque furent pratiquées des sutures à la soie ou au fil de lin que lorsque l'on employa le simple bouton de Murphy. Voici du reste la nomenclature des procédés employés au cours des trente-sept cas pour lesquels les auteurs ont indiqué leur technique:

17 fois G. E, antécolique antérieure.

4 fois G. E, antérieure avec entéro-anastomose.

6 fois G. E, rétrocolique postérieure.

1 fois G. E, postérieure avec entéro-anastomose.

4 fois G. E, en γ antérieur.

Encore une fois, si nous comparons dans cette statistique les différents modes opératoires, nous voyons que le procédé en Y, qui fut tout d'abord incriminé, figure pour assez peu dans notre tableau; mais il est possible que le procédé de Roux appliqué en Y postérieur, non plus en antérieur, puisse l'emporter sur tous les autres, et cela parce que plus efficacement peut-être que ceux-ci, il lutterait contre la stase et que d'autre part, sans subir aucun tiraillement, par la direction même de l'anse anastomosée en direction verticale, il doit empêcher le chyme acide de stagner longuement dans le jéjunum.

FORMES CLINIQUES

Tiegel décrit deux formes cliniques de l'ulcère du jéjunum : une première forme caractérisée par une absence absolue de phénomènes cliniques précurseurs. « Les malades paraissent complètement guéris de tous leurs maux grâce à l'opération ; ils mangent comme tout le monde, font leur travail comme avant. Et brusquement cet état de santé apparente est troublé par des douleurs abdominales très violentes, accompagnées de vomissements. Bientôt surviennent les autres symptômes de la péritonite par perforation. La perforation apparaît dans la plupart des cas, sans autres symptômes prodromique. »

Puis un second groupe où les symptômes sont différents et permettent de poser un diagnostic. « Après un intervalle plus ou moins long de bien-être, surviennent des troubles analogues à ceux que l'on remarque dans l'ulcère térébrant de l'estomac, et souvent on observe alors des infiltrations de la paroi abdominale qui don-

nent tantôt une résistance à peine appréciable, tantôt de véritables tumeurs se laissant facilement délimiter. »

M. Gosset propose d'appeler ces deux formes : la première forme perforante d'emblée avec péritonite généralisée ; et la seconde avec adhérences : forme avec péritonite localisée et plastron. Puis à ces deux formes et se basant sur les trois cas de Czerny, de Kaufmann et le sien il en ajoute un troisième : forme avec perforation dans un viscère creux, habituellement le côlon transverse.

Envisageant les faits au point de vue clinique, et faisant ressortir ce qui dans les observations du premier groupe (forme perforante) constitue le caractère saillant de leur histoire, c'est-à-dire leur latence, nous rattacherons de préférence ces cas à la description d'un premier chapitre conçu : « Forme latente de l'ulcère jéjunal ». Nous ne prétendons pas en faire deux formes absolument superposables, mais nous voyons surtout dans cette appellation la traduction exacte d'un tableau clinique huit fois observé, où la lésion qui ne s'est manifestée jusqu'ici par aucun signe, revêt d'emblée une allure foudroyante, et où la marche précipitée des accidents n'a d'égale que la brusquerie de l'apparition des symptômes.

Puis considérant qu'un même processus chronique en déterminant des réactions localisées du péritoine a présidé à la formation de la « forme ulcéreuse avec plastron » comme à l'évolution de la forme « avec ouverture dans un viscère creux » grâce aux phénomènes plastiques de protection, nous rangerons ces deux

ordres de faits dans le même groupe : Forme adhésive chronique ou forme plastique, tout en nous réservant d'en différencier les symptômes.

Enfin faut-il admettre que l'histoire de l'ulcère commence à la péritonite, ou mieux, pour envisager la totalité des cas, au moment seulement où la lésion atteint, puis dépasse la couche péritonéale ? Et cela revient à dire : n'existe-t-il pas dans le passé de la lésion dont nous constatons à un moment donné les aboutissants, des signes, qui auraient permis d'établir alors le diagnostic ? Disons que certains faits dans l'histoire des malades déjà observés, nous autorisent à penser que l'examen méthodique de ces malades doit nous permettre de dépister des symptômes qui semblaient jusqu'ici surtout obscurs, parce que le médecin était moins averti de la possibilité de leur existence. Nous tâcherons d'en esquisser le tableau, abordant par là un troisième groupe dans la morphologie clinique de l'affection : la forme ulcéreuse simple de l'ulcère peptique du jéjunum.

Forme latente avec péritonite d'emblée

Nous avons dit que l'ulcère du jéjunum pouvait évoluer d'une façon latente sans déterminer de troubles appréciables, jusqu'au jour où brusquement survient la perforation, La conséquence de celle-ci on le conçoit, est une mort plus ou moins rapide par péritonite. Huit fois cette forme perforante d'emblée a été notée sur 36 cas observés. Ce sont les cas de Braun, Hahn, Körte, Steinthal, Gœpel (3 cas) et Mikulicz.

Le plus souvent la perforation ne fut précédée d'aucun signe prodromique, et les accidents éclatèrent au milieu d'une excellente santé. Le malade de Gœpel quatre mois après la gastro-entérostomie, ressent tout à coup en lisant son journal, une douleur atroce au creux épigastrique, à laquelle succèdent tous les signes d'une péritonite généralisée. Une autre malade de Gœpel voit s'écouler, après sa gastro-entérostomie, neuf mois de bien-être et soudain, sans avertissement, se produit une perforation du jéjunum qu'on diagnostique sans retard et qu'on se hâte de suturer. La malade de Braun depuis neuf mois était en très bon état, mangeait de tout, quand elle est prise d'une violente douleur au creux épigastrique avec vomissements répétés. Elle meurt en quarante-huit heures de péritonite.

Parfois les malades auraient accusé la veille ou les jours précédents une sorte de malaise avec des troubles plus marqués dans la région de l'estomac, mais bien insuffisants pour faire prévoir un dénouement aussi rapide. La malade de Körte se sentait depuis quelques cours un peu fatiguée et souffrait dans le ventre, quand elle tombe subitement un soir avec des douleurs d'estomac intenses, des nausées, des phénomènes d'obstruction ; elle meurt de péritonite en quelques jours.

Une autre fois une influence mécanique, un effort violent a provoqué la déchirure : le malade de Hahn, en lançant un objet très lourd, ressent dans l'épigastre une douleur aiguë et bientôt après meurt, avec tous les symptômes d'une perforation.

Quelles que soient les circonstances ayant accompa-

gné la perforation, le début des accidents est sensiblement le même. Subitement le malade est pris d'une douleur aiguë, quelquefois atroce au niveau de l'épigastre. Cette douleur intense, assez bien localisée au moment de son apparition, gagne bientôt tout l'abdomen : elle s'étend aux hypocondres, aux flancs, s'irradie jusque dans l'épaule. Le moindre contact ou le mouvement l'exaspèrent. Dès ce moment, lorsqu'il est possible d'examiner le malade au début des accidents, on constate une rétraction de la paroi abdominale avec tension et dureté particulière des muscles grands droits. Souvent le hoquet ou une dyspnée intense viennent redoubler la douleur. Ailleurs ce sont des nausées ou des vomissements qui ouvrent la scène (comme chez le malade de Steinthal) accompagnés des mêmes symptômes douloureux.

A cette période de début va succéder celle de la péritonite. Le ventre se ballonne, les anses intestinales se météorisent. Au palper on sent la paroi dure, contracturée, mais tendue cette fois par le gonflement considérable de l'abdomen. Le météorisme se montre surtout accusé vers ses parties supérieures, la matité hépatique tendant à disparaître, et une voussure vient alors occuper l'épigastre et les hypocondres.

On a noté à ce moment des vomissements d'abord muqueux, mais qui deviennent rapidement bilieux, quelquefois fécaloïdes, que le malade expulse par jets au milieu d'efforts et de vives souffrances. Ils ont pu ailleurs faire défaut. Dans un grand nombre de cas les vacuations se suppriment : constipation au début et

urines rares, auxquelles succèdent bientôt un arrêt absolu des matières et des gaz, accompagné parfois d'anurie complète; aussi a-t-on pu penser à une obstruction intestinale.

La température est variable ; elle peut être forte ; elle atteint rarement dans ce cas le degré accusé par les péritonites aiguës en général. Elle peut faire complètement défaut et l'on a observé de l'hypothermie.

Les symptômes généraux acquièrent bien vite un état de gravité très marquée. Au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures le pouls est devenu fréquent, puis incomptable. Le malade baisse rapidement et tombe dans un abattement complet; les traits sont tirés, le nez s'effile. En même temps les extrémités se refroidissent, le pouls devient filiforme, le malade meurt en adynamie.

Un caractère des plus importants de ce genre de perforation est la rapidité avec laquelle le malade marche au collapsus et l'intensité de celui-ci. Il semble que le shock abdominal est tel qu'il domine pour ainsi dire la scène; dans ce cas le collapsus avec l'état algide qu'il détermine l'emportent sur la réaction inflammatoire de la péritonite. Si l'on se reporte aux six observations où la péritonite fut suivie de mort (une intervention d'urgence sauva les deux autres) on constate en effet que quatre de ces malades ont été enlevés en vingt-quatre, quarante-huit heures, avec des troubles fonctionnels généralisés et diffus, comme si chez ceux-ci du moins, l'irritation intense du péritoine avait d'emblée retenti sur les viscères thoraciques pour compromettre rapidement les fonctions d'hématose et de circulation.

À côté de ces formes qui tuent le malade en quelques jours ou en quelques heures, on peut en voir cependant une autre évoluer un peu différemment. Si des adhérences ont eu le temps de se former, l'épanchement tendra à ne pas dépasser le voisinage immédiat de la région où s'est effectuée la déchirure, localisant ainsi l'inflammation pour créer une péritonite enkystée ; mais c'est un fait d'exception tel qu'il semble bien que le caractère particulier de la perforation jéjunale, c'est avec la latence de son processus, l'absence de réaction inflammatoire. Une fois seulement sur huit cas d'ulcère latent avec péritonite d'emblée, on note (observation de Körte) la formation d'un abcès sous phrénique qui du reste ne demeura pas circonscrit, mais s'ouvrit secondairement et peu de jours après dans la grande cavité. Le malade mourut de péritonite généralisée six jours après les accidents initiaux.

Telles furent la marche et la terminaison des cas latents d'ulcère jéjunal jusqu'ici observés, et dont la notion ne fut si souvent acquise que sur la table d'autopsie. Est-ce à dire que l'ulcère latent ne puisse aboutir qu'à la perforation, sans être jamais susceptible d'affecter une autre allure ? Nous ne pouvons le prétendre ; et bien que nous n'ayons pas de sanction anatomique, si l'ulcère perforant diagnostiqué à l'amphithéâtre et auquel nous accordons un pronostic si grave est jusqu'ici la seule forme connue, il doit, croyons-nous, exister un certain nombre d'ulcères guéris et curables dont l'évolution ne progresse plus, et cesse, avant que nos moyens d'investigation nous permettent de les soupçonner.

Forme chronique adhésive

A côté de ces formes soudaines, se caractérisant par un manque absolu de symptômes et une marche latente, qui conduit à l'issue fatale par perforation, il existe avons-nous dit des formes à allure chronique, se révélant par des troubles digestifs plus ou moins marqués, mais auxquels se joindront bientôt des phénomènes objectifs plus appréciables. Ici la perforation ne sera que secondaire, précédée par la formation d'adhérences protectrices, et si l'ulcère n'a révélé jusqu'ici sa présence que par des symptômes fugaces, le doute sur son existence n'est plus permis le jour où apparaissent ces phénomènes de réaction plastique qui l'accompagnent.

C'est la forme qui a été le plus fréquemment observée ; c'est celle qui est le plus facilement diagnostiquable et aussi la moins grave. Vingt-huit fois nous la notons sur trente-six cas d'ulcère peptique du jéjunum. Mais nous avons vu que le tableau clinique pouvait nous apparaître différent suivant que ces adhérences avaient été contractées avec la paroi ou avec un viscère creux, le plus souvent le côlon transverse. Bien plus fréquemment c'est sur la paroi abdominable antérieure, au niveau des muscles droits, que les néomembranes ont fixé le jéjunum ; car pour vingt-cinq cas de ce genre on ne relève que trois fois le fait d'adhérences contractées entre le jéjunum et un autre segment du

tube digestif (1). Quels sont maintenant les symptômes relatifs à ces deux variétés de lésions que nous savons découler d'un même processus chronique?

Le début est le même : on a noté généralement une phase de silence plus ou moins prolongée où l'opéré semble ne plus se souvenir de sa lésion primitive ; il a repris ses anciennes habitudes, il mange comme tout le monde et il peut travailler.

Puis surviennent des troubles digestifs et un ensemble de symptômes plus ou moins constants, en beaucoup de points comparables à ceux de l'ulcère stomacal, mais généralement moins accusés. Le symptôme souvent initial et quelquefois unique est la douleur. A peu près constante, elle apparaît après le repas au bout d'une heure ou une heure et demie. Son point de départ est à gauche de la ligne médiane, au-dessus et en dehors de l'ombilic, dans une région qui correspond à la portion supérieure du muscle grand droit du côté gauche. Puis elle s'irradie plus ou moins loin vers l'épigastre. Parfois les symptômes d'irritation réflexe déterminent une douleur spinale qui se comporte comme le point rachidien de l'ulcère stomacal, siégeant aux lombes ou entre les deux épaules comme chez notre malade, se propageant enfin vers l'épaule gauche (Tiegel).

Le malade doit bientôt restreindre son alimentation moins à cause de l'intolérance de son estomac que dans la perspective des douleurs que provoque le pas-

1. Cas de Czerni, Kaufmann et Gosset. Obs. XIX, XXVII, XXI.

sage des aliments dans l'intestin. Elles revêtent alors fréquemment la forme de violentes coliques généralisées à tout l'abdomen ; plus rarement ce sont des brûlures aussi localisées et intenses que celles accompagnant l'ulcère térébrant de l'estomac.

Les vomissements sont loin d'être la règle. Quand ils existent, ils surviennent assez longtemps après le repas. Ils accompagnent de préférence les douleurs diffuses et paroxystiques que ressent le malade au moment où le contenu de l'estomac gagne l'intestin, mais on les a observés à toute heure du jour, quelquefois le matin, revêtant alors un caractère d'acidité remarquable que le malade lui-même raconte.

L'hématémèse a été peu observée. Le mœlena est lui-même un fait de constatation rare ; on ne le voit noté qu'exceptionnellement, mais il faut penser que nombre d'hémorragies insignifiantes passent inaperçues. L'ulcéreux que nous avons observé, disait avoir eu à certains moments des selles plus noirâtres, à odeur particulièrement fétide ; il ne pouvait nous renseigner sur leur caractère d'adhérence au vase, mais il y avait là des présomptions suffisantes pour croire à de petites hémorragies.

Ces différents symptômes joints à la perte de poids qui ne tarde pas à se produire chez le malade, vont permettre au médecin dont l'attention est déjà éveillée, de poser un diagnostic précis le jour où il constate au palper du ventre ce symptôme capital, l'infiltration de la paroi abdominale, l'un des deux aboutissants, nous avons dit, de la forme chronique de l'ulcère jéjunal.

Cette découverte est plus ou moins précoce mais ne doit pas échapper. Le médecin observe au palper soit une induration diffuse de la paroi, due à une infiltration assez large du muscle droit dans sa moitié supérieure gauche, soit plus fréquemment une véritable tumeur se présentant sous forme de bosselure délimitée et dure, circonscrite par du tissu souple que déprime aisément le doigt. Ce noyau de forme arrondie siège généralement en dehors de la ligne parasternale du côté gauche, à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; au niveau de la petite courbure de l'estomac on le découvre parfois à la simple inspection. Saisi entre les doigts, on constate qu'il est adhérent dans sa profondeur ; les tissus superficiels offrent souvent peu de mobilité sur lui à cause des modifications déjà subies par la paroi. La douleur est généralement très vive à la pression et la paroi abdominale se défend quand on palpe à son niveau.

Dans la seconde forme, celle qui relève de l'ouverture de l'ulcère dans un viscère creux, nous assistons à une succession identique de phénomènes initiaux. Même laps de temps qui succède à la première intervention pendant lequel le malade se trouve en état de bien-être et reprend ses anciennes habitudes. Puis retour de troubles digestifs avec douleurs inconstantes, tantôt apparaissant au moment des repas, plus souvent une heure après ; intermittence et fugacité de ces douleurs avec retour parfois plein d'acuité la nuit ; même localisation entre l'ombilic et l'arc formé par le rebord des côtes gauches.

Bientôt surviennent les vomissements ; mais ici ils ont une prédominance et une valeur particulière. Leur caractère d'intensité et de fréquence marque généralement l'apparition de la perforation ou lui succède de près. Cette perforation peut être spontanée comme dans les cas de Czerni et de Kaufmann, ou succéder à un effort comme dans le cas de Gosset où le malade fit une chute sur le côté.

Les vomissements dominent alors la scène ; ils surviennent à n'importe quelle heure de la journée ; ils peuvent se reproduire trois, quatre fois par jour et plus. Ils sont bilieux, mais phénomène particulier, ils ont une odeur repoussante ; ils ne tardent pas en effet à devenir fécaloïdes et le malade, très incommodé par eux, s'alarme de leur ténacité. Si l'on pratique des lavages de l'estomac, on constate encore cette odeur particulière et la couleur noirâtre des résidus. Puis une diarrhée intense apparaît : le malade de Gosset rendait sept à huit selles par jour.

Le résultat est un amaigrissement énorme et rapide : du 15 juillet au 23 septembre le malade de Gosset perdait 11 kilos. La perte de forces considérable et l'abattement du sujet, qui le condamnent bien vite à garder le lit, ajoutés à ces différents symptômes expliquables d'eux-mêmes imposent dès lors le diagnostic et le chirurgien n'a plus qu'à intervenir.

Forme simple de l'ulcère jéjunal.

Il nous reste à dire quelques mots sur la forme simple de l'ulcère jéjunal considérant ainsi l'ulcère en ac-

tivité dans son évolution normale, chronique, avant toute réaction, alors que de rares symptômes permettent déjà de le déceler, avant qu'on puisse par ailleurs prévoir sa marche et sa terminaison. Là, est le point délicat pour le clinicien, car de son diagnostic découlera la nécessité d'intervenir par un traitement intensif, près d'une affection qui dans ses mains doit guérir, après des alternatives d'amélioration et de rémission, mais qui peut aussi aboutir à des accidents mortels par perforation s'ils ne sont prévenus.

Le diagnostic, à ce premier stade de la lésion, peut être fort difficile : sans parler des formes soudaines à allure et à terminaison foudroyantes, faites pour dérouter l'observation la plus perspicace, combien de formes torpides ont attendu pour se révéler la présence du fameux plastron ? Il faut bien cependant accepter que ce furent là dans le principe des formes curables, qu'elles eurent leur allure propre et durent se trahir par certains symptômes. Mettre en relief les plus significatifs de ceux-ci en les puisant dans nos observations, dût-on se répéter un peu, c'est tracer comme il convient une esquisse clinique de l'ulcère simple du jéjunum.

Les troubles digestifs qui accompagnent la lésion constituent un ensemble à peu près constant, mais leur ordre d'apparition, leur degré d'intensité, leur évolution en diffèrent suivant les cas.

Un premier élément de diagnostic nous est fourni par cette constatation que les douleurs et les troubles digestifs surviennent après un intervalle de bien-être opératoire quelquefois absolu, constituant par ce retour

offensif une véritable récidive, que l'interprétation des autres signes nous permettra de localiser en les rattachant à leur vraie cause. Ces troubles rappellent ceux qui accompagnent l'évolution de l'ulcère térébrant de l'estomac, mais ils sont moins continus et moins intensifs ; ce qui les rend en outre remarquables, c'est leur caractère d'irrégularité.

Certains malades éprouvent des sensations assez vives qu'ils comparent tantôt à une lame qui les déchire, tantôt à une brûlure locale. En général, c'est plutôt une sensation de pesanteur, de gêne, rarement continue, spontanée ou simplement provoquée à la pression. Elle s'amende, disparaît, puis tout à coup rentre en scène sous forme de coliques plus ou moins violentes, survenant parfois pendant le repas, offrant bien plus souvent leur période d'exacerbation une heure à deux heures après celui-ci. Parfois, le fait de manger adoucit pour un moment la douleur (Tiegel). Très souvent on a noté le maintien de l'appétit pendant la durée de la crise, l'estomac conservant d'autre part une tolérance assez complète pour les mets qu'il refuse quand il est lui-même en cause.

Les vomissements, quand ils surviennent, n'apparaissent que tard après le repas et sont dus à des phénomènes réflexes que provoque la douleur au moment du passage des aliments dans l'intestin. Ils n'ont donc pas le caractère des vomissements de l'ulcère stomacal d'être précoces et d'amener généralement la sédation de l'accès douloureux. Enfin la crise qui peut avoir une durée de une à quatre heures diminue gra-

duellement. Mais elle peut réapparaître la nuit plus forte, se prolonger, forçant le malade à changer maintes fois d'attitude.

La douleur le plus souvent présente un lieu d'élection. Dans la plupart des observations il existe un point fixe où elle se fait plus vivement sentir, et la pression exercée sur ce point en exaspérant la souffrance nous est un indice de localisation. Ce lieu électif répond généralement à l'hypocondre du côté gauche, en dehors de la ligne parasternale, quelques travers de doigts au-dessus de l'ombilic en un point qui paraît correspondre à la portion initiale du jéjunum, siège habituel de l'ulcère. De là elle gagne l'épigastre ; dans quelques cas elle peut s'étendre à la région hypogastrique. Tiegel l'a vue s'irradier une fois dans le côté droit.

Il faut porter grande attention à l'état des selles, en prévision des légères hémorragies possibles. Leur caractère de fétidité, leur coloration parfois noirâtre, les constatations que l'on peut faire de leur adhérence au vase quand une crise douloureuse a précédé, sont autant de présomptions et nous permettront de dépister des hémorragies qui passent souvent inaperçues parce qu'elles sont insignifiantes. Dans ce cas l'examen microscopique des matières noirâtres rendues dans les garde-robes, y révélera l'existence de globules sanguins altérés. Le procédé d'Almen et celui de Korczynski et Jaworski permettent de déceler mieux encore la présence d'une minime quantité de sang dans les selles (Bouveret).

Tel est dans ses lignes principales le tableau que les

constatations actuelles nous permettent d'esquisser sur l'ulcère simple du jéjunum. Le diagnostic en reste encore enveloppé d'obscurité, car si la plupart des symptômes que nous avons énumérés lui sont bien imputables, nous voudrions pour affirmer sa présence plus de signes vraiment positifs. Nous voyons toutefois que ce qui caractérise cette affection c'est, avec son état de chronicité, son mode de poussées successives et paroxystiques. Cette marche chronique avec rémissions et exacerbations durant des mois, un an et plus, l'ordre d'apparition des troubles digestifs, leur caractère d'être moins accusés que dans l'ulcère de l'estomac, la tolérance souvent complète de celui-ci, enfin les phénomènes douloureux qui lui appartiennent en propre avec leur localisation spéciale, doivent confirmer l'idée de la lésion jéjunale que l'on est en droit de préjuger chez un malade porteur d'une gastro-entérostomie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ulcère peptique du jéjunum peut être fort difficile car les formes cliniques sous lesquelles il se présente à l'observation sont diverses et souvent imprévues. Ce que nous savons des ulcères latents, dont la preuve fut trop souvent fournie à l'autopsie, nous fait insister sur la nécessité qu'ils imposent de procéder toujours à un examen complet du malade aux premiers signes avertisseurs. Mais bien souvent, nous l'avons vu, la péritonite est le premier symptôme révélateur. Lorsque celle-ci éclate, le diagnostic causal n'en est généralement pas encore fait : on ne pensait pas assez jusqu'ici, à la possibilité de cet accident qui n'est cependant pas d'une extrême rareté mais qui n'offre, il faut le dire, aucun symptôme vraiment caractéristique et positif.

Cependant à l'heure actuelle, les cas de récidive ulcéreuse sur le jéjunum sont assez nombreux et l'attention des chirurgiens est attirée de telle sorte sur cette complication de la gastro-entérostomie, que la connais-

sance du passé de leur malade, jointe à la notion présente de la péritonite, seront des symptômes de probabilité suffisante pour dicter à ceux-ci la conduite à tenir.

Un bel exemple de la nécessité qui s'impose en face de tels avertissements, de soupçonner aussitôt la perforation jéjunale, nous est fourni par l'histoire des trois observations de Gœpel. Celui-ci laisse mourir un premier malade qui, trois mois après une gastro-entérostomie, fait une perforation et est tué en quarante-huit heures par une péritonite dont la cause, un ulcère jéjunal, n'apparaît que sur la table d'autopsie. Quelque temps plus tard, un second malade également porteur d'une gastro-anastomose est atteint quatre mois après l'intervention d'une crise douloureuse localisée à l'épigastre. La violence de celle-ci est telle et rappelle si bien le cas malheureux précédent que le « soupçon de la perforation est aussitôt éveillé ». Gœpel ouvre le ventre et trouve une perforation jéjunale qu'il suture, et le malade guérit. Chez un troisième sujet, atteint neuf mois après sa gastro-entérostomie des mêmes symptômes de perforation, il va droit au jéjunum où siège effectivement un ulcère perforé: Gœpel le suture et sauve encore son malade.

En général chez un individu gastro-entérostomisé repris de symptômes péritonéaux, il faudra donc toujours penser à cette possibilité d'une perforation jéjunale par processus ulcératif. Le grand danger est de s'arrêter à l'idée d'une simple obstruction intestinale, ou encore de croire à une péritonite appendiculaire

comme Körte qui laissa mourir son malade par erreur de diagnostic et malgré une intervention au cours de laquelle il réséqua l'appendice. Ce qu'il importe avant toutes choses, c'est donc de vérifier l'état de l'abouchement, et de constater l'intégrité de l'anse anatosmosée avant de porter ailleurs ses recherches.

Nous avons vu quelles étaient également les difficultés d'un diagnostic précoce de l'ulcère simple jéjunal. Nous avons constaté, même lorsque la maladie ne reste pas absolument latente, combien faute de signes précis elle peut au début ne pas être soupçonnée, d'où la nécessité d'une observation attentive et constante du malade. L'apparition des premiers troubles digestifs mettra immédiatement l'esprit du médecin en éveil et celui-ci prévenu verra ses soupçons confirmés le jour ou apparaîtront plus ou moins au complet les accidents que la lésion entraîne avec ses aspects différents, ses douleurs caractéristiques, les vomissements parfois sanguinolents, les troubles généraux qui l'accompagnent.

Enfin l'erreur ne sera plus possible dans le cas où le médecin constatera l'induration de la paroi abdominale avec sa localisation si éloquente à la partie supérieure du muscle droit du côté gauche, en une région qui correspond précisément à l'anastomose jéjunale, zone d'élection du processus ulcératif: nous savons quelle signature elle vient donner à l'affection.

Dans d'autres circonstances, l'apparition des signes de la fistule jéjunocolique ne laissera pas plus de doutes sur l'existence de l'ulcère. Dans ce cas, la nutrition se trouve absolument entravée. La digestion intesti-

nale étant supprimée, le malade maigrit avec une rapidité étonnante. Le contenu de l'estomac passe directement dans la portion excrétoire du tube digestif et l'examen des selles révèle le trouble profond apporté dans la circulation digestive. La diarrhée intense, et les vomissements fécaloïdes avec leur odeur repoussante, viendront compléter le tableau clinique déjà caractéristique et imposeront définitivement le diagnostic.

PRONOSTIC

Il est facile de concevoir combien le pronostic se posera de façon différente suivant les formes que revêt l'ulcère jéjunal. Dans la forme latente qui se révèle dans nos huit observations par une perforation d'emblée, la péritonite aiguë généralisée fut la règle. On peut dire qu'elle se déclare fatalement, à moins que par action réflexe sur le grand sympathique la sidération des centres nerveux ne détermine la mort avant toute réaction inflammatoire du côté du péritoine. Cette péritonite suraiguë tue généralement le malade en vingt-quatre ou quarante-huit heures si l'on n'intervient pas. Dans les huit cas où cette forme fut observée, cinq fois on ne tenta pas d'opération et les cinq malades moururent. Une fois l'on intervint après avoir diagnostiqué la péritonite ; mais le point de départ ayant échappé, les recherches portèrent du côté de l'appendice qu'on enleva, alors qu'il n'était pas en cause, et le malade mourut dans les trois jours des suites de sa perforation. Les deux fois enfin où le diagnostic fut posé par Gœpel,

une intervention immédiate, dirigée droit au but lui procura la joie de sauver ses deux malades. Même dans la forme perforante d'emblée, évidemment la plus terrible, le pronostic n'est donc pas absolument fatal et la chirurgie en pareil cas reprend encore ses droits.

La forme chronique adhésive, qui évolue insensiblement vers le plastron ou vers la fistule est, par contre, bien moins grave. Le médecin dans ce cas intervient en connaissance de cause; il a posé généralement le diagnostic, en tout cas son intervention, mûrie, sera presque toujours efficace. Cette opération, le plus souvent nécessaire, n'est pas une condition absolue de la guérison. Sur vingt-neuf malades, un ne fut pas opéré et guérit spontanément (obs. XXVI); les vingt-huit autres furent opérés : vingt-cinq ont été guéris et trois sont morts ; parmi ces trois morts deux peuvent être imputées à l'opération. De telles constatations nous permettent donc de juger de la bénignité de la forme chronique de l'ulcère jéjunal.

Et pourtant il nous faut faire ici quelques réserves au sujet de cette bénignité peut-être plus apparente que réelle. Jusqu'à quel point de tels malades sont-ils guéris? Les récidives trop fréquentes que nous relevons, parfois terriblement tenaces, nous montrent qu'il y a bien souvent, plutôt rémission de symptômes douloureux que guérison réelle, et qu'il faut toujours s'attendre à un retour offensif du processus ulcératif, au détriment de l'anse intestinale anastomosée. Dans neuf cas on a observé des récidives; elles furent parfois répétées et l'on dut pratiquer chez un même malade des

opérations réitérées. Un malade de Mikulicz subit ainsi coup sur coup cinq opérations et finalement sa situation nécessita une gastrostomie. Un autre de ses malades supporta également plusieurs interventions et l'on dut terminer chez lui par une jéjunostomie.

De telles constatations sont donc bien faites pour assombrir le pronostic de l'ulcère jéjunal, et font prévoir combien les beaux résultats de la gastro-entérostomie peuvent être dans certains cas limités. Tout au moins elles nous enseignent quelle surveillance constante il faut exercer sur les opérés, et qu'il ne faut jamais les considérer comme guéris.

TRAITEMENT

De l'étude que nous venons de faire, nous dégageons combien les situations avec lesquelles le praticien va se trouver aux prises sont diverses, et comment le traitement leur est implicitement subordonné.

L'ulcère du jéjunum se complique assez souvent avons-nous vu, de perforation : cette complication s'est révélée dans nos huit observations d'une façon foudroyante et nous savons toute la gravité que son pronostic comporte. Que pouvons-nous faire contre elle ?

Nous n'insisterons pas sur l'action d'un traitement médical opposé à la perforation qui déverse dans la cavité abdominale son contenu septique. Le repos le plus absolu, l'abstinence de toute alimentation solide ou même liquide, la glace, les injections de morphine destinées à immobiliser l'intestin et à calmer la douleur auront comme résultat effectif de laisser venir la mort en un nombre de jours plus ou moins grand, souvent en quelques heures. Alors même qu'en localisant l'infection, supposition gratuite, on aurait fait échapper

le malade aux dangers immédiats de la péritonite généralisée, il court encore les risques d'une grave suppuration profonde. Les cinq cas d'ailleurs suivis de mort où l'on se contenta d'opposer à la perforation un traitement médical en sont un exemple malheureux.

Le traitement chirurgical au contraire, en même temps qu'il nous fait préciser le diagnostic, nous permet du même coup, quand il est pratiqué en temps voulu, de porter remède aux lésions en facilitant l'évacuation des matières septiques, en permettant l'occlusion immédiate de la lésion, en combattant même directement l'infection péritonéale à l'aide de nettoyages et de lavages antiseptiques. La perforation reconnue, le péritoine débarrassé du contenu intestinal, on fera ou bien la suture de l'ulcère, ou mieux la résection de celui-ci suivie dans ce cas d'une nouvelle gastro-anastomose.

Inutile d'ajouter que pour être efficace, cette intervention doit être précoce. Chaque heure perdue diminue les chances du patient ; aussi en présence de ces deux alternatives, ou le laisser mourir, ou tenter de suite l'intervention, si graves soient les conditions présentes de la laparotomie, le praticien ne doit pas hésiter. Gœpel s'en est bien trouvé aux deux fois où intervenant dans les cinq heures qui suivirent la perforation il sauva ses malades ; et on peut dire que tout patient qui guérit dans ces conditions est un homme arraché à une mort certaine.

Dans la forme avec plastron la conduite à tenir varie et le praticien s'inspirera des circonstances mêmes qui accompagnent l'intervention. En tout cas

celle-ci s'impose dès que seront constatés les phénomènes de réaction plastique imputable à un ulcère du jéjunum, dont ils constituent souvent une signature indubitable. Si même le diagnostic causal n'est pas fait, la laparotomie qui n'offre dans ce cas aucun danger pour le patient, permettra de se rendre un compte exact des lésions et de leur porter remède. Les adhérences seront d'abord libérées : dans la plupart des cas nous avons vu qu'elles laissaient place à un ulcère perforé. Cet ulcère ou les ulcères reconnus, on en effectuera ou bien la suture directe, ou mieux la résection. Cette résection suivie de suture serait l'intervention idéale, car en même temps qu'elle obture la perforation elle supprime radicalement la cause du mal, mais elle doit être bien souvent trop étendue pour être efficace et l'on peut redouter le rétrécissement qui en résulterait. Suivant les circonstances, l'on pratiquera donc soit la suture directe si elle paraît suffisante, soit dans les cas de délabrement considérable une nouvelle gastro-entérostomie, après résection du tronçon intestinal dans les limites de la perforation : cette dernière conduite fut celle que tint notre maître Monprofit au cours de l'opération qu'il pratiqua.

Disons que l'abouchement devra être reporté le plus loin possible de l'orifice pylorique pour éviter la zone dangereuse, celle où les lésions irritatives ont exalté le pouvoir chlorhydropeptique de la muqueuse, dans un estomac d'autre part dilaté où nous devons tenir compte de l'abaissement souvent considérable de l'antre du pylore.

Quand la forme plastique, revêtant une allure différente, évolue vers la perforation de l'ulcère dans un viscère creux, l'intervention s'imposera plus nécessaire et plus pressante encore, pour obvier à la déchéance si rapide de l'organisme par la dénutrition considérable que la lésion entraîne. Le traitement en pareille éventualité est celui que nécessite la présence de toute fistule muco-muqueuse, et nous avons un exemple de son application dans le cas de Gosset dont l'intervention fut suivie de plein succès. En détachant les adhérences unissant le jéjunum au côlon transverse, on tomba sur une bouche large de trois doigts faisant communiquer leurs deux cavités. Après libération complète on sutura les deux orifices créés par cette communication. La lumière du côlon se trouvant notablement rétrécie par le fait d'une perte de substance considérable, on termina dans ce cas l'opération par une iléo-sigmoïdostomie.

Tels sont les cas où l'ulcère jéjunal ayant déterminé par les lésions qu'il entraîne des accidents foudroyants ou des troubles fonctionnels graves, l'intervention chirurgicale s'est montrée de première opportunité, mais une autre nécessité s'impose : celle de prévenir ces accidents mêmes en s'adressant directement à la lésion en activité. Contre elle le traitement chirurgical n'est de nul secours ; la lecture de nombre d'observations nous montre combien sont éphémères ses seuls résultats et comment le processus ulcératif réitère son action sur les surfaces de muqueuse qu'un nouvel abouchement a mis à sa portée.

Ce qui importe avant tout, c'est un traitement médical rigoureusement appliqué, énergique et intensif lorsque l'on veut lui donner une valeur curative, plus atténué mais toujours prolongé quand on vise simplement à faire de la prophylaxie.

Cette prophylaxie dont la règle s'impose au lendemain de la gastro-entérostomie, devra se poursuivre sous le contrôle du médecin, qui soumettra ses malades à des examens fréquents et les tiendra en garde contre toutes les causes susceptibles de provoquer la récidive ulcéreuse. Le malade reprendra ses occupations professionnelles mais avec modération; il évitera toute tentative d'efforts ou de mouvements brusques. Il renoncera enfin à la profession qui réclame une activité morale exagérée.

Son alimentation sera sévère. Le malade devra s'abstenir de tous les ingesta capables de stimuler la sécrétion du suc gastrique. L'alcool sera proscrit absolument; l'eau pure autant que possible sera la seule boisson permise. Enfin les alcalins seront un auxiliaire précieux lorsque l'examen du chimisme gastrique aura révélé la présence d'acide chlorhydrique en excès.

Mais si malgré cette prophylaxie ou pour suite d'infraction au régime, les douleurs et les vomissements se reproduisent, autorisant bientôt le médecin à soupçonner l'évolution d'un ulcère jéjunal, celui-ci n'hésitera pas à soumettre son malade au repos complet et à un régime plus sévère. Son plan sera de diminuer d'une part l'activité du suc gastrique, et d'assurer d'autre part le repos de l'intestin lésé. La seconde indication ne

peut être remplie que d'une facon relative, mais il importe que l'alimentation par la bouche soit réduite pendant un certain temps au minimum, précédée s'il le fau d'une diète de quelques jours.

La première indication, qui consiste à neutraliser l'excès de sécrétion acide est réalisée par excellence par l'emploi des alcalins. La préférence va au bicarbonate de soude dont on fera varier la dose suivant l'intensité de la crise. L'important est de ne pas le prendre trop tôt après le repas ; il est en effet rapidement absorbé, et dans de telles conditions ne se trouve plus en quantité suffisante dans le milieu stomacal quand l'acide chlorhydrique y apparaît : celui-ci resterait dès lors susceptible de passer dans l'intestin à l'état libre. Cette prescription est d'autant plus importante si l'on se reporte aux récents travaux de Sick, qui constata que dans les cas d'hyperacidité du suc gastrique, la quantité d'HCl ne fait qu'augmenter jusqu'à ce que l'estomac soit complètement évacué, alors que dans l'estomac normal cette quantité diminue vers la fin de la digestion.

L'usage des alcalins à dose moyenne pourra être longtemps continué alors que le malade aura repris une alimentation normale. Le malade s'y soumettra plusieurs mois de suite, avec de loin en loin des interruptions, que le médecin pourra utiliser du reste en appréciant les résultats obtenus au point de vue du chimisme et du fonctionnement de l'estomac traité.

FORME LATENTE

8 Observations

Observation I

Braun, « Perforation des jéjunum » — *Verhand. d. deutsch. gesellsch. für chir.* Berlin, 1899, pages 95-97.

Malade de 25 ans (femme), souffrant depuis plusieurs années de l'estomac ; avait eu deux crises violentes l'hiver 1888-89 et en janvier 1897.

En 1897 pesait 109 livres et avait maigri de 15 kilos ; comme les soins médicaux ne l'amélioraient pas, qu'elle avait des vomissements abondants de 2 à 3 litres elle se décida à se faire opérer.

En novembre 1897. — Gastro-entérostomie postérieure rétro-colique : rien d'anormal au pylore, pas de grosseur. Les suites opératoires ont été très bonnes, l'état s'améliore et elle sort le 29 décembre 1897.

Le 26 janvier 1898.— Rentre dans une maison de santé ; elle avait quelques vomissements ; l'estomac était toujours dilaté.

Le 2 février. — On retire à jeun 120 centimètres cubes de liquide à réaction acide mais pas d'acide chorhydrique libre.

La malade s'améliore et le 8 mars s'en va en bon état ; elle mangeait de tout et vomissait très rarement.

Le 18 octobre. — Rechute brusque avec violente douleur au creux épigastrique et vomissements fréquents. Les forces diminuent rapidement. Constipation. Urines rares.

Le 20 octobre. — Elle rentre à l'hôpital ; se plaint de douleurs violentes dans le ventre, a des vomissement verts, amers, mais pas de matières fécales. Pouls : 120 ; temp. : 36°8.

Respiration costale ; diaphragme fixe, la paroi abdominale tendue, sensibilité diffuse, matité dans les parties déclives, changement de tonalité dans les différentes attitudes, pas de mouvements péristaltiques.

Le 20 octobre. — A deux heures de la nuit, adynamie. Mort.

Autopsie.—A l'ouverture : gaz et dans les parties déclives entre les anses intestinales, liquide avec flocons de fibrine.

L'estomac était résistant, à paroi épaisse. Le pylore s'étendait vers la région de la vésicule biliaire avec lequel était presque soudé l'angle droit du côlon. Le pylore était très sténosé ; à l'intérieur on trouve un noyau oval de cicatrice de vieil ulcère.

Presque au milieu de la grande courbure de l'estomac passait une anse d'intestin grêle, à travers une ouverture faite dans le ligament gastrocolique, sur la paroi postérieure de l'estomac à laquelle elle était un peu adhérente. Au point d'union se trouvait une étroite perforation du jéjunum qui communiquait avec la cavité abdominale au-dessus du côlon transverse.

A l'examen de la préparation faite par M. le professeur Marchand, on trouve à la dissection du pédicule conduisant de l'anse jéjunale à l'estomac environ à 1 centimètre, on trouve les bords déchiquetés recouverts de fibrine, d'une perforation de 1 centimètre de long sur 1/2 centimètre de large.

La communication gastro-instestinale est large, le tissu muqueux des deux parties de l'intestin est lisse et ne présente pas de perte de substance à cet endroit.

« Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation c'est la formation et la marche de cet ulcère peptique dans le jéjunum; alors que jusqu'à présent on ne connaissait encore que des ulcères dans l'estomac et le duodénum.

Sans doute la formation de l'ulcère est due au suc gastrique qui s'écoule directement par la fistule dans le jéjunum et pourtant il est certain que cet ulcère n'occupe pas la suture puisque la muqueuse à cet endroit était saine.

Il est possible qu'à cet endroit la muqueuse ait pu être un peu irritée ou pressée trop dur ; l'opération a été faite sans incident, mais par cette lésion, on a pu provoquer l'amorce de l'ulcère.

Il est à remarquer que l'ulcère n'a pas été observé plutôt apres l'opération, peut-être était-il formé déjà et que le diagnostic n'en avait pas été fait.

Par des observations que j'avais faites,nous savions que l'intestin après la gastro-entérostomie pouvait être comprimé ou lésé, au point de prédisposer à des modifications et sur cette base, une ulcère peptique pouvait se former.

Je voudrais encore attirer l'attention sur ce fait que lorsqu'il y a péritonite grave longtemps après la gastro-entérostomie, on doit penser à la possibilité de la perforation d'un ulcère peptique, et que sitôt après la perforation, la laparotomie fasse découvrir un ulcère capable d'être fermé et de guérir. »

Observation II

HAHN. Berlin, 1899 (*Kongressbericht*, p. 74).

Malade porteur d'une gastro-entérostomie antécolique antérieure pratiquée pour sténose du pylore.

État excellent du malade après l'opération jusqu'au jour où subitement, un an après celle-ci, tandis quele patient lançait un objet très lourd, il ressent dans le ventre une douleur aiguë.

Quelques instants après il meurt en présentant tous les signes d'une perforation intestinale.

Autopsie, pratiquée au bout de vingt-quatre heures. — On trouve un ulcère siégeant au commencement du jéjunum distant de 2 centimètres de l'anastomose. L'autopsie prouva donc d'une façon certaine qu'il s'agissait de la déchirure d'un ulcère du jéjunum qui probablement s'était développé sous l'influence de la sécrëtion gastrique.

Observation III

KÖRTE (*Kongressbericht*. Berlin, 1900, p. 137).

Il s'agit d'une femme atteinte d'ulcère gastrique avec hyperacidité ; très cachectique. Elle pesait 40 kilos.

Le 23 février 1897. —Gastro-entérostomie antérieure de Wolfler.

Le 13 avril 1897. — Pèse 50 kilos, mangeait de tout et travaillait.

Le 28 janvier 1900.— Revient ; elle était fatiguée et souffrait dans le ventre.

Le 15 mars. — Au soir elle tombe subitement et sans cause apparente, avec douleurs d'estomac intenses, des nausées, de l'occlusion.

Le 19 mars. — Diagnostic: péritonite, abdomen tendu ; après laparotomie l'exploration montre qu'il n'y avait aucune perforation ; l'examen révèle que l'ulcération allait jusqu'à la musculeuse. Ablation de l'appendice.

L'état de la malade s'aggrave dans les douze heures.

Elle meurt le 21 mars.

Autopsie. — On trouve des adhérences. Une perforation de l'abcès avait amené une péritonite.

A l'ouverture de l'estomac, l'anostomose gastro-jéjunale était largement ouverte, ses bords lisses, les tuniques de l'estomac et de l'intestin parfaitement réunies. Dans un endroit, un bout de fil de soie pénétrait dans l'estomac et était flottant.

A la paroi antérieure de l'anse jéjunale anastomosée, à 7 centimètres de l'ouverture de l'estomac, on trouve un ulcère rond, à bords nets, et plus grand qu'une pièce de 1 franc ; il perfore la tunique intestinale, amincie, jusqu'à la séreuse. Sur certains endroits de la séreuse, on trouve des adhérences fibrineuses ; la perforation n'était pas complète, du moins pas de signes de certitude.

Le pylore était imperméable et au-dessous, sur le duodénum on voyait une cicatrice de vieil ulcère rayonné, grand comme une pièce de 5 centimes.

« Ainsi trois ans après la gastro-entérostomie, ce malade qu était tout à fait guéri présentait du fait de l'hyperacidité gastrique un ulcère rond dans la muqueuse jéjunale, tout à côté de l'anastomose avec l'estomac. L'ulcère du duodénum pour lequel

on avait pratiqué la gastro-jéjunostomie était complètement cicatrisé...

On ne peut pas prétendre que la cause de la formation de l'ulcère se trouve seulement dans le manuel opératoire, par exemple dans la pression de l'intestin quand on pratique la gastro-entérostomie antécolique. Je me sers toujours dans les opérations des pinces de Doyen; Braun et Hahn opèrent autant que je sache sans faire de coprostase. Donc dans leur cas l'ulcère ne peut être dû à la pression ; de plus il serait difficile de croire que la conséquence fâcheuse de cette pression se montre aussi tard que dans mon cas.

Nous devons donc conclure que l'hyperacidité gastrique qui a produit la première ulcération a provoqué encore la deuxième dans le jéjunum.

Les beaux résultats de la gastro-entérostomie dans l'ulcère rond, sont certainement, d'après ces expériences, bien limités par ces complications, et il faut pendant longtemps surveiller ces malades opérés pour ulcère et leur donner des alcalins. »

Observation IV

Steinthal. *Kongressbericht.* Berlin, 1900, p. 139.

Malade de 44 ans, sexe féminin, souffrant depuis neuf ans de gastrite chronique. Dans les derniers temps elle avait eu des hématémèses.

Intervention. — On trouva un estomac très dilaté avec sténose pylorique des plus marquées. On fit une gastro-entérostomie classique ; l'anse jéjunale fut appliquée à l'estomac dans le sens

des mouvements péristaltiques. On employa le bouton de Murphy et en fermant celui-ci on fit une très légère pression.

Dix jours après, péritonite. Mort.

Autopsie. — A plusieurs centimètres de l'anastomose se trouvaient deux pertes de substance taillées comme à l'emporte-pièce, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes et dans l'anse afférente. Dans l'anse afférente, deux autres pertes de substance de même grandeur, prêtes à se perforer et situées à quelques centimètres au-dessus de l'anastomose.

Dans la cavité abdominale, à côté de l'intestin, on trouvait des caillots et de la suffusion sanguine sur l'anse anastomosée et près des sutures ; de sorte que ces pertes de substances ne pouvaient être expliquées que par hémorragie, nécrose ou autodigestion.

La cause prédisposante se trouvait probablement dans la fragilité des vaisseaux (artériosclérose) ; d'autre part par la mauvaise circulation due à la torsion du mésentère attenant à l'anse grêle anastomosée dans une mauvaise position. En sorte que pour ces cas dans lesquels on trouve de l'hypéracidité, de l'occlusion, de l'athérome, des hémorragies, il serait recommandé de faire exclusivement la gastro-entérostomie sans tirailler le mésentère.

Observation V (Gœpel).

Kongressbericht. Berlin, 1902, p. 108.

Gastro-entérostomie antécolique antérieure pour sténose du pylore avec dilatation considérable de l'estomac ; hypersécrétion gastrique, présence d'acide chlorhydrique libre en excès.

Après trois mois survient une perforation avec péritonite. Le patient meurt en quarante-huit heures. Expliquant cette péritonite, on trouve à l'autopsie un ulcus perforé du jéjunum et séparé de l'abouchement par une courte portion saine de l'intestin.

Observation VI (Gœpel).

Loc. cit.

Gastro-entérostomie antérieure pour sténose du pylore avec dilatation et hyperchlorhydrie. Quatre mois plus tard le patient en lisant son journal est atteint dans le ventre d'une douleur subite. Celle-ci revêt une telle violence que le soupçon de la perforation est aussitôt éveillé. Les transformations objectives avant l'opération furent très minimes. Celle-ci est pratiquée, cinq heures après l'attaque : après ouverture de la cavité abdominale on trouve un ulcus perforé du jéjunum par lequel se vidait le contenu de l'intestin. Fermeture au catgut. Tamponnement de la cavité abdominale. Guérison sans rechutes. L'ulcus se trouvait comme dans le cas précédent à 2 ou 3 millimètres de la gastro-anastomose.

Observation VII (Gœpel).

Communication faite à Tiegel.

Homme, 34 ans, porteur d'une gastro-entérostomie antécolique antérieure, sans entéro-anostomose. Après neuf mois marqués par une absence totale de symptômes, perforation d'un ulcus du jéjunum. Guérison par opération immédiate.

Observation VIII

Kausch, *Kongressbericht*, p. 115. In Tiegel, Mitteilungen aus den grenzgebieten der med. u. chir., t. XIII.

Clara W.., âgée de 2 mois, née à terme ; allaitement maternel ; développement normal pendant le premier mois. Au deuxième mois diminution de poids et vomissements. Après rémission de huit jours, réapparition des vomissements immédiatement après le repas, quelquefois trois ou quatre heures après. Examen avec réactif de Qunzburg : présence d'HCl libre.

Le diagnostic de sténose du pylore étant posé l'enfant fut opéré par le professeur Mikulicz en novembre 1900. On trouve au niveau du pylore une tumeur grosse comme une noix. Gastro-entérostomie anté-colique antérieure avec entéro-anastomose. Guérison.

Alimentation normale jusque dans la nuit du 2 février où apparaissent deux selles noires. Le matin hémorragie stomacale profuse.

L'état s'améliore jusqu'au 10 février. Nouvelles selles noires le 10, fièvre, symptômes de péritonite. Mort le 17 février 1900.

A l'autopsie, on trouve dans le petit bassin 25 centimètres cubes de liquide jaune sale, du contenu intestinal. En comprimant l'estomac il s'écoule du liquide ; après dissociation des adhérences on trouve dans l'anse ascendante une ouverture qui constitue le plus grand ulcère. Au niveau de la muqueuse jéjunale, un peu plus pâle que celle de l'estomac, plusieurs pertes de substances situées dans le voisinage immédiat de l'abouchement. Ees plus petites n'atteignent que la muqueuse, les plus grandes mettent à nu la musculaire.

FORME ADHÉSIVE CHRONIQUE

(28 cas)

Observation IX

(Kausch-Mikulicz. Clinique de Breslau. In Tiegel, *loc. citat.*)

Chez ce malade, les douleurs d'estomac commencèrent il y a douze ans, accompagnées de douleurs dans le côté. Il y a six ans, le malade fut traité dans un hôpital de la ville. Le 2 septembre 1898 il fut opéré dans ce même hôpital. On trouve à l'opération un estomac très dilaté avec sténose du pylore très marquée. Gastro-entérostomie antérieure ; l'abouchement intestinal est pratiqué à 50 centimètres du duodénum. Après l'opération, grande amélioration.

En janvier 1899. — Le malade revient à l'hôpital pour nouvelles douleurs et amaigrissement. A l'examen, on constate une mobilité de l'estomac diminuée. Acidité : 90-110. Pas d'acide lactique. Le 24 janvier 1899, opération ; ouverture sur la ligne médiane au niveau de la cicatrice. Estomac très dilaté avec sa gastro-anastomose. On remarque que l'estomac au niveau de son anastomose avec l'intestin, est adhérent à la paroi abdominale antérieure. Après libération, on découvre une perforation siégeant au niveau de l'anastomose : la perte de substance est d'environ 1 cm. 1/2, intéressant pour moitié l'estomac et le jéjunum ; trace de cicatrisation à gauche autour de la perforation. L'ulcus semble avoir rongé profondément la paroi abdominale. De plus, la lésion cicatricielle très marquée a rétréci fortement l'anastomose et la partie voisine de l'intestin. On

ferme la perforation par double suture ; à 10 centimètres au-dessous on fait une entéro-anastomose. Le 8 février, complet rétablissement. Cependant, huit jours plus tard, les douleurs réapparaissent et croissent encore d'intensité. Toutefois augmentation du poids de 4 livres.

Le 29 juin 1899. — Réception à notre clinique. Examen : trois quarts d'heure après repas d'épreuve, composé de 400 grammes de soupe de gruau d'avoine, on trouve : acidité complète, 44. Acide chloryé libre, 32. Pas d'acide lactique.

Opération le 7 juillet. — On résèque l'ancienne cicatrice puis on ouvre le péritoine. On découvre que l'estomac au niveau de la gastro-entérostomie est adhérent à la paroi abdominale antérieure. A la suite de la libération on met à nu un ulcère ; l'estomac et l'intestin se trouvent de ce fait ouverts à la partie antérieure de leur surface de jonction. On sectionne la branche afférente dans sa partie succédant au duodénum et on la ferme par le procédé de Doyen. L'entéro-anastomose rendue libre se montre à l'examen perméable à trois doigts. On détache de l'estomac le tronçon de branche afférente resté fixé à celui-ci, puis on ferme la partie antérieure de l'anastomose entre l'estomac et la branche afférente. Pour plus grande sécurité cet endroit est encore cousu avec l'épiploon. Le 1er août, on renvoie le malade amélioré.

Quelque temps après les douleurs réapparaissent dans la région de l'estomac. Plus tard elles changent de place et se font sentir surtout dans le côté droit et le dos. La douleur est surtout aiguë une demi-heure après le repas et le soir dans le lit. En septembre, pendant trois jours, selles sanglantes.

Rentre à la clinique le 12 décembre 1899. En janvier 1900, opération. Ablation de la cicatrice, ouverture du péritoine sur

une longueur de 12 centimètres. On ne note aucune adhérence entre l'estomac et l'intestin d'une part, la paroi abdominale de l'autre. Les ouvertures de la gastro et de l'entéro-anastomose, sont largement perméables à deux doigts. A l'examen de l'estomac, le palper révèle une induration dans la région pylorique que l'on attribue à la présence d'ulcère. On place à la portion en cul-de-sac de l'intestin, formée au cours de l'opération antérieure par suite de la séparation de la branche afférente, une fistule de Witzel. Le drain ainsi placé conduit par l'entéro-anastomose dans la branche efférente.

On note d'abord une grande amélioration. Quelques jours après, apparaissent des douleurs vives, mais celles-ci cessent bientôt du moment que le malade effectue sa nourriture exclusivement par la fistule. Le 9 février il est renvoyé de la clinique en état de complet bien-être.

Le 12 février. — Le malade se représente avec de violentes douleurs au creux épigastrique et dans la région du foie. Ces douleurs ont apparu le 10 février, surtout pendant le repas et la nuit. Le malade a eu une selle complètement noire.

Le 13 février. — On le reprend. Opération pratiquée le 15 mars Laparotomie. Tous les vaisseaux et nerfs visibles à la grande et à la petite courbure sont liés et coupés. Fermeture de la paroi. Les douleurs continuent après l'opération. A partir du 24 mars alimentation effectuée par la bouche, composée de soupe de gruau. Le 1er avril on renvoie le malade. Il prend maintenant la plus grande partie de sa nourriture par la bouche, la plus petite par la fistule sans ressentir de douleurs. Appétit moyen. Deux ou trois lavages de l'estomac par jour.

Le 1er mai. — Le malade se présente de nouveau à la clinique ; même état général. Amaigrissement. A l'examen on ne constate

aucune résistance au palper de l'intestin. Nombreux lavages. La nourriture est administrée exclusivement par la fistule. Malgré cela le contenu de l'estomac est toujours de couleur verdâtre, beaucoup de bile ; on ne peut affirmer s'il contient aussi des restes de repas. Pour savoir s'il s'effectue un transfert rétrograde de la fistule dans l'estomac on introduit par celle-ci du charbon de bois rapé. Après une heure et demie le charbon se trouve dans le contenu de l'estomac. Le 8 mai 1900 le malade est renvoyé en meilleur état.

Les cinq semaines suivantes le malade prit exclusivement la nourriture par le tube. Disparition des douleurs. Le malade reprend 4 livres. Après changement et raccourcissement du tube les douleurs réapparaissent. Le malade reprend ses lavages deux à trois fois par jour. En août 1900 vomissement de sang. Après une cure à Sälzbrun l'état ne s'améliore pas. Le malade éloigne le tube de la fistule et prend toute sa nourriture par la bouche. Les douleurs sont toujours vives. Le malade les calme par la morphine.

On revoit le malade le 17 mai 1901. Même état.

Acidité totale, 37. HCl libre, 20. Acide lactique, 8. Le sondage de la fistule ne peut être pratiqué.

Observation X

Kausch-Mikulicz. *Kongressbericht*, 1900, p. 141.

W.., Auguste, 25 ans, ouvrier pris de diarrhée depuis un an et qui dura près de six mois. Selles quelquefois noires. Souvent des vomissements qui furent noirâtres une fois : ils s'atténuent au bout de six mois. Dans ces derniers temps, appétit diminué ;

pas de vomissements. Il a maigri de 50 livres depuis un an.

A l'examen : clapotement net ; estomac insufflé atteint par sa grande courbure le niveau de l'ombilic. Par l'évacuation de l'estomac on obtient 1 litre de liquide dont l'acidité totale, 99 ; HCl libre, 66 ; pas d'acide lactique.

Le 27 juillet 1899.— Opération : Pylore induré, gastro-entérostomie antérieure antécolique, et entéro-anastomose au moyen de suture. Guérison. Sorti le 9 août.

État général d'abord bon, sauf sensations de plénitudes. Plus tard nausées, avec rejet d'un liquide noir amer. Selles toujours noires. Le 1er octobre, vertiges pendant le travail suivis d'un vomissement noir que le malade évalue à 3 litres ; syncope.

Le 22 janvier. — Le malade revient se plaignant de fortes douleurs s'exaspérant la nuit et lui arrachant des cris. Pas de vomissements. Après le repas d'épreuve, 230 centimètres cubes de liquide. Acidité totale, 64. HCl, 53.

Le 23 janvier 1901. — Laparotomie. L'estomac se trouve fixé par la gastro-anastomose à la paroi à gauche de la lignemédiane ; en libérant les adhérences on met à nu un ulcère qui perfore l'anse ascendante du jéjunum.

Par la palpation de l'intérieur de l'estomac on constate un ulcère récent du pylore et l'ayant rétréci presque complètement.

Après excision de l'ulcère jéjunal on referme la perte de substance par deux rangs de suture. Jéjunostomie destinée à constituer dans l'anse ascendante une fistule de Witzel par laquelle on introduit un drain dans l'anse descendante en passant par l'entéro-anastomose.

Les troubles disparaissent et le malade engraisse. L'alimentation se fait exclusivement par la fistule. Le drain reste trois

mois, après lesquels le malade se nourrit entièrement par la bouche.

Au début de septembre 1901, sensations après les repas de pesanteur et de brûlures dans la région stomacale, douleur très localisée en un point. Pas de vomissements, nausées. Amaigrissement de 15 livres.

Le 17 octobre 1901. — Rentre à l'hôpital. Douleurs très vives localisées à 5 centimètres au-dessous du rebord costal gauche, à 3 centimètres de la ligne médiane.

Le 31 octobre. — Laparotomie. On tombe sur un vaste tissu infiltré, et après ouverture du péritoine et dissociation on trouve un ulcère grand comme 1 franc correspondant au bord supérieur de l'entéro-anostomose ; extirpation de tout ce tissu infiltré. Suture.

Les jours suivants vomissements abondants contenant des masses d'aspect marc de café.

Craignant qu'on ait créé une sténose ou bien un circulus vicio-sus, nouvelle opération le 7 novembre. Le point de l'ulcère excisé est accolé à la paroi de dissociation ; nouvelle entéro-anastomose avec suture à 5 centimètres au-dessous de la première, au-dessus de la même gastro-entérostomie avec bouton de Murphy.

Les jours suivants, nouveaux vomissements d'un liquide très acide.

Le 14 novembre. — Douleurs du côté gauche.

Température : 38° ; évacuation du pus de la paroi.

Le 17 novembre. — Mort.

A l'autopsie, péritonite à la suite d'une perforation de l'estomac au niveau du bouton.

Observation XI

Quénu (*Bulletin et mém. de la Société de Chirurgie*. Paris, 1902).

Au commencement de juillet 1897 notre collègue M. Chauffard fit passer dans notre service un malade âgé de 29 ans atteint d'une énorme dilatation de l'estomac, en rapport vraisemblablement avec une sténose cicatricielle du pylore. Les troubles gastriques remontaient à huit ans et consistaient en douleurs épigastriques et en vomissements devenus presque quotidiens la dernière année. M. Chauffard présenta le malade à la Société médicale des hôpitaux au point de vue d'un mode spécial d'exploration, la gastrodiaphanie. L'estomac pouvait contenir alors 4 litres d'eau.

Le 29 juillet 1897. — Gastro-entérostomie antérieure avec bouton de Murphy ; plans de suture complémentaires. On ajoute trois fils de suspension afin d'éviter toute coudure de l'anse anastomosée.

L'exploration du pylore permit de constater qu'il offrait une dureté circulaire assez large, mais sans saillie, et sans nodosité quelconque. Toute idée de néoplasme fut rejetée.

L'estomac, très dilaté, descendait dans l'hypogastre. Les suites opératoires furent des plus simples ; et dès le 23 l'alimentation fut commencée. Le malade sortit guéri le 6 septembre, c'est-à-dire quarante-sept jours après l'opération. Les vomissements et les douleurs disparurent; et H... reprit son travail de journalier; il ne sait s'il a rendu un bouton de Murphy dans ses garde-robes.

En octobre 1899. — C'est-à-dire trois mois après l'opération,

M. Chauffard présenta à nouveau le malade à la Société médicale des hôpitaux.

La santé se maintint parfaite pendant dix-huit mois ; puis à la fin de 1898 reparurent les régurgitations acides, puis des vomissements qui survenaient trois ou quatre fois par mois, et spécialement à l'occasion de l'ingestion de vin rouge. Jamais d'hématémèse. En même temps les selles étaient parfois noires, sans qu'aucun médicament fût absorbé.

En juin 1901. — Soit quatre ans après la gastro entérostomie apparurent pour la première fois depuis l'opération, des sensations douloureuses à la partie supérieure de la région ombilicale avec irradiations dans l'hypochondre et le flanc droit. Les douleurs apparaissaient le matin après trois ou quatre heures de travail et duraient toute la journée ; elles augmentaient avec les efforts et les mouvements, sans aucune relation avec les heures des repos. Les douleurs avaient leur siège dans la paroi abdominale plutôt que dans le ventre ; et là du reste à droite de l'ombilic on sentait déjà une induration. Le travail dut être cessé à partir du 10 août 1901.

Nous revîmes notre opéré en octobre 1901. Il avait bonne mine, ne paraissait nullement amaigri. On pouvait sentir dans la gaine du muscle droit à droite de l'ombilic et à son niveau, une plaque dure de 4 à 5 centimètres de long sur 3 de large. Cette plaque n'est pas adhérente à la peau ; elle est douloureuse à la palpation.

Nous l'opérons le 3 janvier 1902.

Incision médiane ; le ventre ouvert, on constate que l'anse jéjunale anastomosée avec l'estomac est fusionnée avec la paroi abdominale. En essayant de l'en détacher on l'ouvre, et on observe que cette anse a ulcéré la paroi abdominale et s'est

creusé une cavité dans l'épaisseur du muscle droit de l'abdomen du côté droit. La cavité est bouchée par du tissu calleux de la consistance du squirrhe.

Nous réséquons l'anse (avec le morceau du muscle adhérent) jusqu'à l'estomac, après l'avoir ouverte, et constaté que l'orifice gastro-jéjunal est normal, revêtu d'une muqueuse saine et laisse passer l'index et même le pouce.

L'anse réséquée nous avons deux bouts d'intestin ; un bout jéjunal que nous implantons à la face antérieure de l'estomac au point où se trouvait la bouche gastrique agrandie et un bout duodénal que nous implantons perpendiculairement sur le jéjunum à 8 ou 10 centimètres de l'embouchure gastro-intestinale.

Diète absolue pendant quarante-huit heures. Grog le troisième jour et lait le quatrième. La température ne dépasse jamais 37°4. Le pouls ne s'élève à 130 que quelques heures, le lendemain de l'opération.

En somme suite des plus bénignes. Les fils de la paroi sont enlevés le 13 et le malade se leva le vingt et unième jour. Santé actuellement parfaite. Le malade prend de tout sauf le vin, n'a aucune douleur ni sensation anormale quelconque et digère bien.

L'examen de la plaque dure démontra qu'elle ne renfermait, aucune lésion néoplasique mais seulement une gangue scléreuse creusée dans le muscle sans revêtement épithélial et sans continuité avec la cavité intestinale.

Observation XII

KOCHER. *Kongressbericht.* Berlin, 1902, p. 103.

Malade (homme) opéré antérieurement d'une gastro-entérostomie antécolique antérieure, en Y après laquelle le patient se

trouve très bien. Trois mois après réapparition des douleurs qui sont d'abord adoucies par le repas, mais qui deviennent intolérables deux heures après celui-ci et au cours de la nuit.

A l'examen on constate au bout de quelque temps une tumeur siégeant à la paroi abdominale sur le bord gauche du muscle grand droit du côté gauche.

Après recherches on trouve une diminution de l'acide chlorhydrique et d'autre part la présence d'un peu d'acide lactique.

L'intervention est pratiquée au cours de laquelle on trouve un ulcus perforé du jéjunum. Il fut enlevé et le patient guérit.

Observation XIII

KRÖNLEIN. *Kongressbericht*, Berlin, 1902, p. 110.

Malade, sexe masculin, opéré cinq ans auparavant pour ulcère peptique du duodénum. A la suite de la gastro-entérostomie qui fut alors pratiquée les symptômes de l'ulcère disparurent et le patient fut complètement guéri.

Il revient quatre ans après. Symptômes d'un nouvel ulcère ; douleurs après le repas, brûlures... On constate en outre une grosse tumeur de la paroi abdominale.

On pratique une opération et on trouve un ulcus du jéjunum qu'on enlève. De plus on établit une entéro-anostomose.

Le patient fut complètement guéri. Actuellement, c'est-à-dire dans la sixième année, le malade revient avec de nouveaux troubles qui font craindre un nouvel ulcère.

Observation XIV

Heidenhain. *Kongressbericht*, Berlin, 1902, p. 108.

Malade âge moyen (sexe masculin), chez lequel fut pratiquée en 1898 une gastro-entérostomie antérieure. Après quelques mois le patient revient : on découvre alors une infiltration au niveau de la partie supérieure du muscle droit, côté gauche. On pratique une opération qui fait découvrir un ulcus perforant siégeant sur le bord supérieur de l'anastomose. L'ulcus fut suturé et on renvoya le patient guéri.

Il revient au bout de quelques mois. On trouve cette fois au cours d'une nouvelle opération un ulcus perforant situé sur le jéjunum et à quelques centimètres de l'abouchement. Cet ulcère était fortement adhérent au muscle droit. Suture de l'ulcère.

Par suite de troubles portés au fonctionnement de la gastro-entérostomie et qui conduisirent à des phénomènes d'obstruction on pratique huit jours après une nouvelle gastro-entérostomie. L'abouchement est pratiqué cette fois à gauche et en haut du Fundus. Le patient est renvoyé guéri.

On note dans la suite la présence d'une hyperchlorhydrie considérable mais qui ne se maintient pas (après déjeuner d'épreuve 0, 22 0/0 d'acide chlorhydrique libre). Le malade est tenu en observation pendant quatre années, après lesquelles il est complètement guéri. On releva au cours de ces quatre ans, quelques symptômes d'un ulcère qui cessa du reste d'évoluer.

Observations XV et XVI

Kongressbericht, p. 114.

Hah mentionne simplement au congrès de chirurgie de Berlin de 1902 deux nouveaux cas d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie antérieure, pour lésion bénigne de l'estomac observés par lui. Il y eut aux deux fois formation d'abcès à la paroi et guérison. (Il ajoute que communication en fut faite à l'hôpital de Friedrichshain par Neumann.)

Observation XVII

Czerny (*Beiträg. f. Kl. Ch.* Bd 39, p. 98).

Chez un homme âgé de 59 ans gastro-entérostomie postérieure rétrocolique pratiquée en 1893 pour sténose pylorique. Guérison maintenue pendant. huit ans. Après ce temps, douleurs dans la région stomacale et renvois. On constate un estomac dilaté avec hyperacidité. Résistance au niveau de l'ombilic.

Le 12 mai 1902. — Laparotomie. Pylore peu rétréci. Au niveau de l'anastomose on trouve un ulcère étendu faisant saillie. Les adhérences intestinales sont libérées. Les bouts intestinaux de l'anastomose s'abouchent dans la surface de l'ulcère. Résection de l'ulcère et de l'intestin. L'anse descendante est suturée dans l'orifice stomacal ; l'anse ascendante est appliquée contre l'anse ascendante avec boutons de Murphy. Il se déclare dans la suite une péritonite et la mort survient quatre jours après (athéromatose).

Observation XVIII

CZERNY (*Beitr. f. Ch.* Bd. 39 p. 99).

Homme de 42 ans auquel fut pratiquée une gastro-entérostomie rétrocolique postérieure avec bouton de Murphy. Six mois après pour nouveaux phénomènes de sténose gastro-entéroplastie au niveau de l'anastomose. Neuf mois après nouvelles douleurs violentes; pas d'hyperacidité.

Le 13 juillet 1982. — Laparotomie. Pylore très sténosé, portant un ulcère. Résection d'une partie du duodénum et de l'estomac. On constate aussi un ulcère peptique au niveau de la gastro-entérostomie mais qui s'étend jusqu'à la paroi abdominale postérieure et paraît inextirpable. Anastomose par suture entre l'estomac et la portion terminale du duodénum. Mort après six jours par péritonite.

Observation XIX

CZERNY (*Beitr. f. ch.* Bd 39, p. 99).

Homme de 36 ans auquel fut pratiquée en novembre 1900 une gastro-entérostomie postérieure, pour ulcère, avec dilatation et hyperacidité. Santé parfaite jusqu'en juin 1902. En ce moment douleurs. On constate des matières fécales dans l'estomac. Hyperacidité légère.

Laparotomie le 8 novembre 1902. Au niveau de l'anastomose qui se trouve près de la grande courbure ulcère, peptique s'étendant vers la paroi antérieure de l'estomac, accolé au côlon trans-

verse et ayant amené finalement une perforation. Le côlon est libéré et suturé.

La gastro-entérostomie est détruite; l'estomac est fermé et l'on pratique une nouvelle gastro-entérostomie avec bouton à un autre point de l'estomac. Guérison.

Observation XX

Neumann. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Bd. LVIII, p. 270.

Homme de 24 ans, souffrant de l'estomac depuis six ans. Dilatation considérable avec sténose et rétention gastrique. Beaucoup d'HCl libre.

Le 29 mars 1897. — Gastro-entérostomie sans entéro-anastomose.

A la suite de phénomènes de circulus on pratique le 10 mai 1897 une entéro-anastomose. Le contenu de l'estomac est encore fortement acide. Cependant le 29 juin le malade est renvoyé guéri et ne souffrant plus.

Après quelques mois, nouveaux troubles gastriques. Fréquentes coliques survenant le plus souvent aussitôt après le repas. Il se forme bientôt un peu à droite du nombril une tumeur douloureuse, dure, environ grosse comme une pomme.

Le 2 mai 1898. — Ouverture du ventre. On tombe sur une fistule conduisant dans l'intestin et qui fut excisée puis tamponnée. Fermeture de la fistule par bourgeonnement.

On note d'abord la diminution des souffrances, mais quelque temps après les douleurs surviennent avec plus de violence.

En novembre 1899. — On pratique une nouvelle laparotomie. L'anastomose entre l'estomac et l'intestin apparaît absolument

libre et intacte, mais la partie initiale de la branche jéjunale efférente et une petite portion de la branche afférente adhèrent fortement à la paroi abdominale antérieure.

Par le fait de la libération de ces adhérences l'intestin se trouve perforé sur une longueur de 3 centimètres et une largeur de 2 centimètres. La paroi abdominale antérieure présente une perte de substance correspondante. Ablation de l'ulcère. Réparation de l'intestin par deux séries de suture. Le malade est renvoyé au bout de deux semaines ne souffrant plus: il reste ainsi plusieurs mois.

Le 29 juillet 1900. — Il se forme subitement, sans douleur, une fistule, au niveau de la suture. On tente de la fermer par avivement mais sans résultat.

On pratique alors une nouvelle laparotomie et on trouve cette fois un ulcère occupant le siège même de la gastro-anastomose. On procède à son ablation, mais celle-ci détermine une première perte de substance au niveau de l'estomac, grande comme 2 marks, et une réduction d'environ 1 centimètre du pont d'union constitué par la branche jéjunale anastomosée.

Comme l'estomac n'était plus dilaté et que le pylore offrait un diamètre perméable à plusieurs doigts, on décide de supprimer totalement l'anastomose entre l'estomac et l'intestin ; après quoi l'on suture l'ouverture de l'estomac. Le « pont d'union » entre les branches afférentes et efférentes du jéjunum est alors réséqué, et l'on ferme les deux lumières jéjunales ainsi créées. La seule voie restante était dès lors celle qui s'effectuait par le pylore et l'entéro-anastomose.

Après plusieurs semaines le malade fut renvoyé en parfait état de santé. On notait encore une hyperacidité modérée. Pas de troubles stomacaux.

Observation XXI

MIKULICZ, in TIEGEL, *loc. cit.*

Homme de 33 ans, chez lequel sont survenues en 1897 des douleurs vives dans l'hypocondre droit sans relation avec les repas. Au début, quelques légers vomissements ; un mois après ils deviennent plus fréquents, presque journaliers ; ils sont précédés d'une sensation de goût acide. En août 1897, hématémèses qui cèdent par lavages d'estomac, amélioration. En février 1898, hémorragie sans vomissement ; selles noires. En août 1898, nouvelle crise de douleurs intenses avec vomissements sanguins. Clapotement de l'estomac. On retire de celui-ci à jeun 150 centimètres cubes d'un liquide trouble. Acidité totale : 91. HCl libre : 70

Le 14 octobre 1898. — Opération. Estomac très dilaté, cicatrice circulaire épaisse, rétrécissant le pylore. Gastro-entérostomie antérieure antécolique, avec entéro-anastomose. Les jours suivants jusqu'au 25, selles sanglantes. Pas de vomissements.

Santé parfaite jusqu'au 12 juin 1899. Le 12 juin hématémèses abondantes répétées les jours suivants. Hypersécrétion et hyperacidité.

En novembre 1902. — Nouvelles hématémèses. A ce moment il se forme sur le côté gauche de la paroi abdominale au tiers supérieur du muscle droit une induration saillante du volume d'une pomme, prise pour un processus syphilitique. Frictions mercurielles. Rétrocession de la tuméfaction, mais celle-ci reste douloureuse surtout la nuit. Immédiatement avant chaque hématémèse elle s'exagère et cède ensuite. La peau est restée mobile à son niveau et très sensible.

Opération le 3 février 1903. — On tombe sur un tissu sclérosé très vasculaire. Après ablation on pénètre dans la cavité abdominale et l'on constate la superposition de cette tuméfaction à la gastro-entérostomie. Après incision de la tumeur on découvre un ulcère perforant siégeant moitié sur l'estomac et moitié sur le jujénum, du volume de 1 centim. Fermeture par deux plans de suture. Quelques jours après signes de péritonite. Mort. A l'autopsie exsudat fibrino-purulent. La suture a tenu ; pas d'ulcère récent. Le pylore est perméable à une tige de porte-plume.

Observation XXII

MIKULICZ, in TIEGEL, *loc. cit.*

R. P., 33 ans, serrurier, souffre depuis treize ans de l'estomac après traumatisme dans la région épigastrique. En janvier 1899 gastro-entérostomie antécolique antérieure avec entéro-anastomose, pour dilatation de l'estomac. Le malade se porte bien durant deux ans, puis apparition de douleurs sans crampes atroces, constipation. Les troubles vont toujours croissant.

Depuis six mois tuméfaction au niveau de la cicatrice, à gauche de l'ombilic du volume d'une pomme, dure, ligneuse, immobile pendant la respiration, légèrement mobilisable latéralement. Après insufflation de l'estomac, la tumeur reste à sa place et correspond à la région où la percussion révèle la présence de l'estomac.

Le 16 mars 1903. — Opération. Adhérences multiples, libération de la tumeur impossible. Après excision on s'aperçoit qu'il s'agit d'un ulcère typique du jéjunum mais il est difficile de dire s'il

intéresse la branche ascendante ou descendante ; l'ouverture de l'intestin est suturée transversalement. Guérison.

Durant six mois aucun trouble. Le malade mange de tout et travaille. En novembre 1903 douleurs lancinantes au niveau de la cicatrice avec irradiation dans le dos, apparaissant surtout après les mouvements. Il s'est formé au niveau de la cicatrice une nodosité dure, douloureuse à la pression. Pas de vomissements, ni de mœlena. Amaigrissement rapide. Après repas d'épreuve : acidité totale : 42. HCl libre : 22. En décembre 1903 même état. Après repas d'épreuve, acidité totale : 75. HCl. libre : 38.

Observation XXIII

Brodnitz. *Kongressbericht*, 1903, p. 77.

Homme, 58 ans, auquel fut pratiquée en janvier 1894 une gastro-entérostomie antérieure pour sténose cicatricielle du pylore avec dilatation de l'estomac et hyperacidité. Après trois ans et neuf mois d'état parfait survinrent des douleurs violentes par crises et que le malade localise à l'estomac. A la partie moyenne de la cicatrice on constate une tumeur dure, douloureuse à la pression, du volume d'un noyau de cerise et que l'on considère d'abord comme une épiplocèle. Cette tumeur ayant grossi dans l'intervalle d'un mois on est amené à une intervention ; circoncision de la tumeur adhérente à la paroi abdominale ; en libérant ces adhérences, on trouve un ulcère étendu à la paroi antérieure du jéjunum. Un autre ulcère plus petit se trouve au niveau du bord postérieur de l'anastomose. On fait une résection d'une partie de l'estomac, y compris l'anasto-

mose, et d'une portion ascendante et descendante. Fermeture de l'estomac et de l'anse ascendante ; l'anse descendante est implantée dans l'estomac ; entéro-anastomose entre les deux anses ascendants et descendante.

Quinze jours après le malade ayant repris l'alimentation, réapparition des douleurs et formation au dix-neuvième jour d'une fistule par laquelle s'écoulent les liquides ingérés. Alimentation rectale, fermeture spontanée de la fistule. Après cinq mois de bien-être et augmentation de poids, nouvelle rechute. On constate une infiltration au niveau du muscle droit gauche sensible à la pression que l'on attribue à une formation d'ulcère. Par un traitement interne les douleurs ont diminué, l'infiltration n'est plus sensible à la pression.

Observation XXIV

Schloffer. *Wiener Kl. Woch.*, 1903, n° 16.

Femme de 33 ans, ayant subi une gastro-entérostomie pour ulcère du pylore. Il s'est formé à la suite un ulcère peptique du jéjunum au niveau de l'anastomose. Une nouvelle gastro-entérostomose se trouve de nouveau rétrécie et une troisième opération fut nécessaire. Il s'agit chaque fois d'un ulcère avec formation de tumeurs inflammatoires.

Observation XXV

Mayo-Robson. *Annals of Surgery*, 1904, p. 190.

M. C..., âgé de 44 ans, souffre depuis 1896 de l'estomac. En mai 1899 première hématémèse. Il guérit par un traitement

médical. En janvier 1900 des hématémèses profuses amènent à pratiquer une intervention sur le malade en état de collapsus. Dilatation marquée de l'estomac et induration pylorique. A cause de l'état médiocre du malade sans chercher la source de l'hémorragie on fit une gastro-entérostomie antérieure avec bouton, à la grande courbure de l'estomac. Guérison.

Santé parfaite pendant deux ans, ni douleurs, ni vomissements. Puis apparition de douleurs à l'épigastre sans relation avec les repas et non accompagnées de vomissements ; leur siège est à gauche de la ligne médiane. La douleur est parfois si aiguë que le malade se roule à terre, couvert de sueurs. Ces crises survenant d'abord à un intervalle de un ou deux mois deviennent ultérieurement quotidiennes ; à plusieurs reprises du sang très foncé est noté dans les selles. On note en mai 1903 une tumeur bien manifeste, occupant la région épigastrique, très sensible à la pression et on décide d'intervenir.

A l'ouverture de l'abdomen, adhérences de l'estomac à la paroi ; en libérant on trouve un ulcère au point de jonction entre l'estomac et le jéjunum et qui envahit toute l'épaisseur de la paroi intestinale. La paroi ulcérée de l'intestin fut complètement excisée et ensuite séparée de l'ouverture dans l'estomac dont les bords furent avivés. Le bout distal de l'anse jéjunale fut implanté au niveau de l'ancienne ouverture dans l'estomac, le bout proximal implanté dans le jéjunum 4 centimètres plus loin. Guérison.

Le malade revu en novembre 1903 est toujours en bonne santé. On avait noté une nouvelle hémorragie en juin.

Observation XXVI

TIEGEL. *Loc. cit.*

R... M..., 41 ans, souffre de l'estomac depuis 1890. A ce moment apparaît dans la région stomacale une tuméfaction. Vomissements de grande quantité de liquide nauséabond. Après deux ans de traitement médical, avec lavages de l'estomac et grâce à une diète sévère, amélioration, mais les douleurs réapparaissent avec vomissements. Dans les dernières six semaines, amaigrissement de 10 livres.

En juin 1901. — Gastro-entérostomie antérieure avec entéro-anastomose. Guérison. Jusqu'en août 1903, santé parfaite. Le malade engraisse de 20 livres.

En août 1903. — Apparition de douleurs violentes, lancinantes, au-dessous du rebord costal droit, s'irradiant en arrière. Douleurs par accès, d'abord espacées, survenant ensuite deux ou trois fois le même jour. Ils sont indépendants des repas et durent une demi-heure. A l'examen, résistance assez diffuse au-dessous du rebord costal gauche, douloureuse à la moindre pression. Dans le dos, au niveau de la dixième vertèbre, à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane, un point de la largeur de 5 francs, douloureux à la pression.

A jeun le matin, on trouve 25 grammes de liquide sans résidu; HCl libre, 12, acidité totale, 28, — acidité lactique, 0. Cinq heures après, repos d'épreuve, contenu stomacal, 130; HCl libre, 9; acidité totale, 31, acidité lactique, 0.

Traitement : repos au lit. Un 1/2 litre de lait, plus tard 1 litre. Chaque jour, six lavements alimentaires, six paquets de sulfate de bismuth de 1 gramme. Compresses chaudes per-

manentes. Grande amélioration, disparition des douleurs; diminution de la résistance et de la sensibilité à la pression. L'état du malade se maintient bon jusqu'en mars 1904. A ce moment surviennent les mêmes crises, et à l'examen, on constate à nouveau une large résistance douloureuse.

Observation XXVII

KAUFMANN. *Mitteilungen ans den Grenzgebieten der med. und. Chïr. Jéna,* 1905. Bd. 15.

Malade âgé de 44 ans en 1901. Gastro enterostomisé trois ans auparavant, les examens du contenu gastrique montraient une insuffisance motrice, une hyperacidité constante et toujours s'accroissant.

Trois fois (juin 1898, mai 1899, octobre 1901), hématémèses. En décembre 1899, le malade présenta des signes de perforation avec péritonite localisée. Après disparition des phénomènes aigus, tumeur pylorique très dure ; cette tumeur était surtout palpable après les hémorragies, et pendant les grands accès gastriques, et diminuait ensuite de volume. Cure d'ulcère rigoureuse. Cependant, devant les signes de sténose de plus en plus marqués, on pratique en décembre 1901 une gastro-entérostomie rétrocolique, avec entéro-anastomose. L'anse fut fixée très haut, et après fixation, il y avait formation d'un angle assez aigu.

Pendant trois mois, pas de troubles gastriques, le malade engraisse de 25 livres. Puis les troubles gastriques reprennent. En octobre 1902, ils se compliquent de symptômes cérébraux

qui durent plusieurs semaines, puis rétrocèdent (cure de frictions énergiques, la syphilis ayant été invoquée). En avril 1903, nouvelle crise gastrique. En novembre 1903, pour la première fois, renvoi avec odeur d'hydro-sulfate, et quelques jours après, vomissements fécaloïdes. Lavages de l'estomac. Dans les matières rendues, pas de matières non digérées. Selles régulières.

Pendant l'hiver 1904-1905, l'état du malade devient insupportable (cure de frictions, trois fois répétées et vaines), et l'on décide l'intervention.

Opération le 7 mars 1905. Après ouverture de l'abdomen, tandis qu'on rejette en haut le côlon, on remarque une union entre la paroi postérieure de celui-ci et un diverticule de l'anse jéjunale. Après incision de cette adhérence, il apparaît un canal ouvert, unissant la cavité du côlon avec le jéjunum, à bords lisses et non ulcérés. Double fermeture par des sutures de Lambert. Après destruction d'une série d'adhérences entre le côlon et l'estomac, on découvre une deuxième fusion plus étendue avec fistule entre le bord supérieur du côlon et la grande courbure. Là aussi, on pose des sutures de Lambert et ainsi on a oblitéré les deux fistules. Le côlon déjà un peu rétréci à ce niveau a dû l'être encore par les sutures. Aussi, craignant une sténose, on décide de faire une anastomose du côlon avec la flexure sigmoïde, la résection de cette partie du côlon semblant impraticable à cause des adhérences. Emploi du bouton de Murphy.

Pendant les premiers six jours convalescence normale. Puis phénomènes de perforation et collapsus. Une laparotomie immédiate montra une perforation de la flexure sigmoïde au niveau du bouton occasionné par une nécrose circulaire. Mort immédiatement après l'ouverture de l'abdomen.

Observation XXVIII

Jahr. *Berliner Kl. Woch.* 1905, n. 44.

Homme de 29 ans souffre depuis l'âge de 22 ans dans l'estomac. Depuis cinq ans, vomissements fréquents, amaigrissement. On diagnostique une sténose du pylore, et étant donné l'hyperacidité constatée après repas d'épreuve on pense à un cancer.

Le 20 décembre 1903. — Gastro entérostomie antecolique antérieure avec entéro-anastomose. On avait trouvé une tumeur du pylore très adhérente. Guérison parfaite. Cinq mois après le malade avait gagné 17 kilos.

En août 1904 surviennent des douleurs sous le rebord costal gauche s'irradiant dans le dos. D'abord légères, elles deviennent de plus en plus violentes et le malade abandonne son travail. A l'examen tumeur plate, dure, se déplaçant avec les mouvements respiratoires, très douloureuse à la pression.

Intervention en septembre 1905. On libère de nombreuses adhérences pour pénétrer dans la cavité abdominale. L'anse intestinale employée pour l'anastomose se présente transversalement adhérant de tous les côtés avec le foie, la rate et le péritoine, ainsi qu'avec la paroi abdominale ; au moment où on essaie de la libérer de la paroi, elle se déchire à son sommet. L'orifice ainsi créé se trouve en face de la gastro-entérostomie et laisse passer l'index. On suture l'orifice dans le sens longitudinal. Le sommet de l'anse intestinale est disséqué au bistouri. Tamponnement. On laisse un drain.

Au niveau de la portion réséquée de l'intestin se trouve un ulcère peptique.

La guérison se maintient bien jusqu'en septembre 1905. Pas de douleurs.

Observation XXIX

HERCZEL. *Revue de chirurgie.* Paris, 1905, p. 579.

Herczel au premier congrès de la Société internationale de chirurgie rapporte le cas d'un ulcère peptique de jéjunum qu'il a vu évoluer après gastro entérostomie sur la branche efférente, et qui se serait ouvert dans le gros intestin.

Observation XXX

EISELBERG. *Revue de chirurgie*, Paris, 1905, p. 596.

Eiselberg au même congrès mentionne également un cas personnel d'ulcère peptique du jéjunum.

Observation XXXI

GOSSET. *Revue de Chirurgie.* Paris. 1906, page 54.

H. B..., âgé de 42 ans, entre dans le service du professeur Terrier alors suppléé par nous le 16 décembre 1903. Depuis douze ans il souffre deux à trois heures après le repas, avec renvois acides, et, depuis quatre ans, il a des vomissements alimentaires se produisant quotidiennement deux heures après le repas. Parfois le malade reste deux ou trois jours sans vomir ; puis se produit une véritable débâcle, et dans les matières rejetées on reconnaît des aliments ingérés depuis plusieurs jours.

L'amaigrissement est considérable puisque le malade depuis six mois a perdu exactement 20 kilos. Il a été soumis sans succès au traitement médical par M. Soupault qui veut bien nous l'adresser.

État actuel. — L'examen de l'estomac donne les résultat, suivants. Sur le malade à jeun depuis quatorze heures on peut retirer par la sonde œsophagienne 500 centimètres cubes de liquide, avec débris alimentaires. La palpation de l'estomac vide réveille de la douleur profonde au niveau de l'épigastre. La grande courbure descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Par l'insufflation de l'estomac, la grande courbure descend jusqu'à deux travers de doigt du pubis. On fait le repas d'épreuve : 60 grammes de pain et 100 grammes d'eau. Une heure après on retire 200 grammes de liquide. L'analyse du suc gastrique donne les résultats suivants : Acidité totale, 0,255 ; chlore total, 0,247 ; chlore organique, 0,887 ; chlore fixe 0,113. Acide chlorhydrique libre, 0,0474. Rapport T/F 2,18 ; α 1,05. Présence de peptones. Traces de bile.

Le diagnostic porté est sténose du pylore avec grande dilatation et hyperacidité.

Opération pratiquée le 21 décembre 1903.

Laparotomie médiane sus-ombilicale depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. On met des écarteurs ; on regarde et on constate deux choses : 1° une énorme dilatation de l'estomac, lequel peut être facilement attiré hors du ventre ; 2° une induration très limitée circulaire au niveau du pylore sans aucune adhérence. Dans son ensemble le pylore est très diminué et n'a plus que le volume d'un crayon. Pas de ganglions.

Il s'agit donc d'une sténose presque totale du pylore avec dilatation considérable de l'estomac.

On pratique avec sutures une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique suivant le procédé de Von Hacker, et on termine en faisant, par trois fils de soie passés verticalement, une plicature de la paroi antérieure de l'estomac. Durée de la gastro-entérostomie : vingt-cinq minutes. Durée totale de l'opération, trente-sept minutes.

Suites opératoires des plus simples ; le malade sort de l'hôpital trente-deux jours après son opération. M. Soupault lui conseille un régime auquel il s'est soumis régulièrement. Le malade reste dans un état des plus satisfaisants jusqu'en juillet 1905. A cette époque, son poids est de 76 kilos.

Le 14 juillet 1905. — A midi il glisse et tombeà terre, le côté gauche portant sur le bord du trottoir. A partir de ce moment il éprouve des douleurs. Il est obligé de garder le lit pendant deux ou trois jours, puis reprend son travail ; mais il se met à maigrir très rapidement et bientôt apparaissent des vomissements.

Les vomissements apparaissent à n'importe quelle heure de la journée ; ils se répètent trois ou quatre fois par jour ; ils sont bilieux mais avec une odeur fécaloïde sur laquelle le malade lui-même attire l'attention. Du reste les lavages de l'estomac ramènent des matières brunâtres ayant l'odeur fécaloïde. Depuis le début des accidents, il y a une diarrhée persistante, sept à huit selles par jour. L'amaigrissement est considérable ; du 15 juillet au 23 septembre le malade a perdu 11 kilos. Le malade rentre à l'hôpital de la Pitié le 16 septembre 1905.

Seconde opération le 26 septembre 1905.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Aucune adhérence, on relève le grand épiploon et le côlon transverse et l'on constate l'état de la gastro-anastomose. Le bout ascendant est normal ;

le bout descendant est doublé de volume sur une longueur de 30 centimètres et à paroi atrophiée. A 10 centimètres au-dessous de l'anastomose, ce bout descendant du jéjunum est adhérent à la face postérieure du côlon transverse sur la largeur d'une pièce de 10 centimètres. On protège avec soin et on se met en mesure de séparer cette adhérence. A peine a-t-on incisé sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres, que l'on tombe immédiatement dans une bouche large de trois doigts faisant communiquer la cavité du jéjunum et le côlon transverse. La muqueuse de l'intestin grêle passe directement sur celle du gros intestin, la bouche est régulière, circulaire, comme établie par un chirurgien. On libère complètement et finalement on obtient un jéjunum et un côlon tranverse qui n'ont plus aucune connexion, mais portent l'un et l'autre une large perte de substance circulaire ; le pourtour de l'orifice est normal sur le jéjunum; sur le côlon transverse il est induré et l'intestin est plutôt un peu rétréci. On obture l'orifice jéjunal par un triple surjet à la soie fine. Le surjet le plus profond est total; par-dessus on place un surjet séro-séreux, et par-dessus celui-ci un second surjet également séro-séreux.

L'orifice du côlon transverse n'est formé que par deux surjets : l'un total, l'autre séro-séreux et la lumière se trouve notablement rétrécie. Aussi par précaution, termine-t-on l'opération en pratiquant une iléo-sigmoïdostomie avee suture. Fermeture de la paroi sans drainage, à la soie, à points séparés. Durée totale de l'opération : une heure dix.

Suites des plus simples. Pendant quarante-huit heures, diète hydrique ; pendant les troisième, quatrième et cinquième jours, lait et œufs. Au cinquième jour on reprend l'alimentation nor-

male. Dès l'opération faite, disparition des douleurs et de la diarrhée.

La veille de l'opération (16 sept.) le malade pesait 64 kilos. Au 7 décembre il pèse 72 kilos.

Le malade soumis à une régime sévère a été revu sept mois après en parfaite santé.

En juin 1907 même état des plus satisfaisants.

Observation XXXII

(*Communiquée par M. le professeur* Rotgans.)

R..., tailleur de diamants, 46 ans, fut opéré en 1897, dans le service du professeur Korternef pour sténose du pylore (gastro-entérostomie anticolique antérieure). Santé parfaite durant cinq ans. Puis troubles gastriques qui disparaissent par un traitement diététique dans le service du professeur Pel.

Rechute en octobre 1906. Il se développe lentement une tumeur abdominale qui vient adhérer à la paroi au niveau de la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic. Gastrectasie ; hypotonicité.

2 février 1907. — Extirpation d'un ulcère peptique du jéjunum avec péritoine et épiploon adhérents. Rétablissement de l'anastomose. L'ulcère siégeait à l'anse efférente près de l'anastomose et sur le bord mésentérique du jéjunum, entouré d'une grosse tumeur de tissu cicatriciel. Celle-ci, par le rétrécissement qu'elle créait et la courbure aiguë exercée sur l'anse efférente, était un réel obstacle au passage du contenu stomacal.

Le malade se rétablit complètement; il conserve toutefois une

certaine diminution de sa tonicité gastrique avec videment défectueux de l'estomac (21 fév. 1907).

10 mars 1907. — Les fonctions motrices de l'estomac se sont rétablies. L'opéré se trouve très bien ; il s'alimente normalement.

Observation XXXIII

(*Communiquée par M. le professeur* Rotgans.)

V..., tailleur, 36 ans. Hématémèse quatorze mois avant son entrée à la clinique. Depuis ce temps, les troubles gastriques augmentent. Dilatation ; tonicité gastrique faible. Après repas dépreuve HCl : 1.5 0/00 ; acide lactique : 0.

20 août 1903. — Gastro-entérostomie antérieure anticolique (ulcus pylori stenosans). Guérison parfaite. Santé se maintient deux ans.

Puis réapparition des douleurs, avec amaigrissement, et perte des forces. Formation d'une tumeur dure dans l'épigastre (volume d'une pomme).

21 octobre 1905. — Extirpation d'un grand ulcère calleux de l'estomac perforé dans le foie ; cet ulcère qui siège près de l'anastomose, respecte l'anse jéjunale dont la muqueuse présente toutefois du gonflement catharral. Rétablissement complet après l'opération et pendant six mois.

Retour des troubles gastriques. Formation d'une tumeur dans l'épigastre, au-dessus de l'ombilic et à gauche, dure, douloureuse.

27 juillet 1906. — Extirpation d'un ulcère peptique siégeant juste au niveau de l'anastomose, et intéressant estomac et jéju-

num ; on rétablit la relation entre l'estomac et le jéjunum comme dans la première opération. (Complication pleurale après l'intervention, nécessitant l'empyème suivi d'un traitement de deux mois et demi.)

Depuis la deuxième intervention jusqu'en février 1907 plus de troubles gastriques.

10 mars 1907. — Troisième récidive de tumeur dans la région épigastrique siégeant cette fois à droite au-dessous de l'arc costal. Traitement diététique.

Observation XXXIV

(*Communiquée par M. le professeur* Rotgans.)

B..., ébéniste, buveur, souffre depuis sept ans de l'estomac ; symptômes indiscutables d'un ulcère gastrique. Estomac dilaté descend très bas. Amaigrissement. Douleurs aiguës. HCl en quantité normale.

9 octobre 1902. — Gastro-entérostomie en Y antérieur, antécolique. On a trouvé une grosse tumeur à la petite courbure, près du pylore. Guérison, mais bientôt les douleurs réapparaissent très tenaces.

12 décembre 1902. — Excision de l'ulcère pour tâcher de supprimer les douleurs persistantes. La tumeur a disparu laissant à sa place une plaque cicatricielle avec adhérences. On enlève cette portion de l'estomac pour avoir l'ulcère, peu visible de l'extérieur : il a perforé la paroi de l'estomac atteignant l'artère et les nerfs de la petite courbure. Amélioration rapide.

5 mai 1903. — Ulcère peptique du jéjunum venu adhérer à la paroi formant une tumeur diffuse dans la région du muscle

droit du côté gauche au-dessus de l'ombilic. Son évolution s'est accompagnée de douleurs, amaigrissement et troubles digestifs. Excision de cet ulcère grand comme une tête d'épingle et siégeant dans l'anse efférente, 4 à 5 centimètres au-dessous de l'anastomose gastro-intestinale. Pendant la même opération on trouve un phytobézoaire grand comme un petit poing, oblong et pointu qui probablement entrait quelquefois par l'anastomose dans l'anse jéjunale, et qui a pu blesser là, la muqueuse.

Guérison complète jusqu'à présent (février 1907).

Observation XXXV

(*Communiquée par M. le professeur* Rotgans.)

B. M..., couturière 52 ans. Souffre depuis six ans de l'estomac. Douleurs, vomissements, amaigrissement. Pas d'hématémèse. Dilatation considérable de l'estomac, peu de tonicité. Acidité totale, 0,62 0/00 — 0,98 0/00. HCl en petite quantité.

14 mars 1905. — Opération. Estomac en sablier ; ectasie de la partie proximale ; gonflement inflammatoire de l'anneau sténosant. Pylore normal. On pratique une gastro-entérostomie en Y antérieur, antécolique. Suites normales.

Amélioration remarquable des troubles gastriques et de l'état général. Après quelques mois réapparition des douleurs, amaigrissement, troubles digestifs. HCl en quantité normale ; acidité totale, 2,19 0/00. Traitement diététique sans résultat.

25 février 1906. — Laparatomie : au niveau de l'anastomose gastro-jéjunale, tumeur dure, adhérente au grand épiploon due à l'évolution d'un ulcère peptique qui intéresse pour moitié la muqueuse de l'estomac et celle du jéjunum. On trouve dans

l'ulcère un long fil de soie, reliquat de la suture à surjet pratiquée antérieurement sur la muqueuse. Extirpation de l'ulcère. Gastro-entéroplastie. Suites opératoires normales.

Persistance des troubles gastriques jusqu'à présent (fév. 1907).

Observation XXXVI

(*Clinique du professeur* Monprofit.)

N. C..., agé de 40 ans, entre à la clinique du professeur Monprofit en mai 1904. Il souffre de l'estomac depuis sept ans. Aux digestions simplement pénibles du début ont succédé des symptômes douloureux de plus en plus accentués. Les douleurs présentent généralement un maximum deux à trois heures après le repas. Elles siègent au creux épigastrique et s'irradient en arrière entre les deux épaules. Depuis environ deux ans des vomissements sont apparus: Ils sont d'abord rares et le malade se plaint surtout de régurgitations acides avec salivation abondante. Depuis quelques mois ils sont plus fréquents ; assez rarement ce sont des vomissements alimentaires. Pas d'hématémèses. L'amaigrissement est assez considérable. Poids actuel : 60 kilogrammes. Devant de tels symptômes on décide d'intervenir.

Intervention le 25 mai 1904.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On explore l'estomac et on ne constate aucune tumeur mais de l'induration pylorique. L'organe est rétracté et s'abaisse avec difficulté. Comme on n'arrive pas facilement dans l'arrière-cavité des épiploons on décide de faire un abouchement antérieur par le procédé en γ. Recherche de l'anse jéjunale. Section de l'anse entre deux pinces entérostatiques à 25 centimètres de son origine. Le bout périphérique est abouché à la face antérieure de

l'estomac. La deuxième branche de l'Y est anastomosée 20 centimètres environ au-dessous de la gastro-entérostomie. Pour chacune de ces anastomoses on emploie quatre surjets de fil de lin. L'opération s'est faite sans incidents, mais elle a été un peu plus longue que de coutume, par suite d'une hémostase compliquée et du tiraillement des surfaces d'anastomose.

Suites opératoires normales. Le malade reprend peu à peu une nourriture solide et substantielle. Six mois après l'opération il pesait 75 kilos ; il avait donc gagné 15 kilos. D'autre part il ne souffrait plus et pouvait manger de tout sans compromettre la tolérance de son estomac.

Ces six mois passés il recommence à souffrir. Il éprouve d'abord des sensations de brûlures que calme pour un instant l'ingestion d'aliments. Mais les douleurs augmentent peu à peu d'intensité : leur point d'origine est dans la région de l'épigastre, quelques centimètres à gauche de la ligne médiane. Le patient les compare à un déchirement aigu ; dans les fortes crises, elles s'irradient sous forme de coliques dans tout l'abdomen. Le moment de leur apparition se montre généralement une heure et demie à deux heures après le repas. Le patient a réussi parfois grâce à l'ingestion d'aliments surtout liquides à les calmer. La crise dure une heure, quelquefois deux heures pour décroître graduellement et cesser. Mais les douleurs réapparues assez fréquemment la nuit, s'irradient alors généralement dans la région dorso-lombaire gauche, très souvent aussi entre les deux epaules. Les vomissements sont revenus, moins fréquents toutefois qu'avant l'intervention, tantôt bilieux, tantôt alimentaires et accompagnent généralement les coliques au maximum d'acuité de la crise. Peu de renseignements sur l'état des selles que le malade a vues parfois très noires

N. C... se présente à nouveau dans le service du professeur Monprofit le 7 novembre 1905. A l'inspection on constate un facies amaigri et anxieux ; le malade a perdu 15 kilos en quelques mois (poids actuel 63 kilos). Son état général s'est conservé assez bon. L'examen de l'estomac révèle une forte dilatation avec motilité diminuée; présence d'HCl en excès.

Au palper de la paroi on note la souplesse des muscles droits au niveau de l'épigastre, mais on découvre à 2 ou 3 centimètres en dehors de la ligne médiane du côté gauche, dans la portion externe du muscle droit, et un peu au-dessus de l'ombilic, la présence d'une petite bosselure, dure, régulière, assez superficielle. La peau est mobile sur elle, mais celle-ci paraît adhérer aux plans profonds de la paroi, la fixant ainsi aux organes sous-jacents intéressés. On ne peut, en effet, la mobiliser ; elle semble correspondre d'autre part à la petite courbure de l'estomac. Le palper à son niveau est douloureux, la pression un peu vive arrache un cri au malade. En présence de ces symptômes on pense à une récidive ulcéreuse siégeant probablement sur la branche jéjunale anastomosée, avec invasion de la paroi par le processus ulcératif, et on décide l'intervention.

Intervention le 10 novembre 1905.

Chloroforme. — Incision au-dessus et au-dessous de l'ombilic sur la ligne médiane. Entre l'ombilic et les fausses côtes, tandis qu'on ouvre le péritoine, on tombe sur une plaque indurée très difficile à sectionner et qui soudait le jéjunum au muscle droit du côté gauche. On examine les surjets de l'intervention précédente qui sont intacts et maintiennent parfaitement réunies les tuniques de l'estomac et de l'intestin.

On circonscrit la plaque d'adhérences avec l'index et on dissèque l'intestin d'avec la paroi. Quand on les a ainsi séparés, on

constate sur la branche jéjunale une perte de substance grande environ comme 50 centimes à la place même de l'adhérence, et on se rend compte que la perforation était précisément obturée par l'accolement de la paroi. La lésion siège environ 2 centimètres au dessous de la gastro-anastomose. Elle a interressé fortement le muscle droit, creusant dans son épaisseur, une cavité dont le fond et le pourtour sont durs et transformés en tissus calleux.

On place alors deux pinces de chaque côté de la portion malade et on se débarrasse de celle-ci. Ce tronçon intestinal est d'environ 3 centimètres, dur, bosselé et de couleur violette. Puis après avoir fermé l'ancienne ouverture gastrique, on se décide à aboucher la branche jéjunale ainsi libérée à la face postérieure de l'estomac. L'anastomose est effectuée au fil de lin, au moyen de quatre surjets : séro musculeux postérieur, muco-muqueux postérieur, total antérieur, séro-musculeux antérieur.

Hémostase de la coronaire et de quelques petits vaisseaux, on termine par l'ablation d'une petite portion du tissu induré de la paroi, et l'on referme celle-ci avec du gros fil de lin.

Les suites opératoires sont des plus simples. Pas de température ; pas de vomissements. Le malade prend d'abord uniquement du lait, puis des œufs ; au bout de quelques jours il a recours à une alimentation plus solide : on note la disparition des douleurs. Le malade quitte le service le 20 novembre 1905.

L'opéré a été revu à plusieurs reprises. Pendant deux mois il est resté dans un état complet de bien-être. Puis les douleurs réapparaissant, le malade a été mis au régime lacté exclusif pendant quatre mois. Les douleurs se maintiennent cependant durant cette période tenaces et vives et ne sont calmées que

par l'absorbtion de bicarbonate à la dose de 8 à 10 grammes par jour au moment des fortes crises.

Depuis le mois de juin 1906 les crises se sont espacées et ont bien diminué d'intensité. Le malade est soumis à un régime moins sèvère qui lui réussit. A partir de septembre le mieux s'accentue encore ; le malade étend un peu plus son régime, mange de la viande et du pain qu'il digère parfaitement.

Le malade a été revu en janvier 1907 ; il se trouve bien et ne se plaint que de quelques douleurs de l'estomac, éloignées et en tout cas légères. Il a augmenté de poids ; son état général est bon.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère peptique du jéjunum n'est pas une affection rare après la gastro-entérostomie (36 cas observés). On ne l'a noté qu'après interventions pour affections bénignes de l'estomac.

Il affecte de préférence le sexe masculin à l'âge moyen de la vie.

II. — Le mode opératoire ne paraît pas avoir d'influence sur sa production. Toutefois le procédé de Roux (Y post.) semblerait présenter des avantages sur les autres en empêchant plus efficacement le chyme acide de stagner dans une anse d'intestin grêle.

III. — Son siège le plus fréquent est la branche descendante du jéjunum ; il peut siéger aussi au niveau de l'anastomose, plus rarement sur la branche ascendante.

Au point de vue anatomo-pathologique il ne diffère pas des ulcères de l'estomac et du duodénum.

IV. — Sa pathogénie paraît se résumer dans l'influence d'un suc gastrique hyperacide à pouvoir exalté par la stase, qui exagère encore la présence d'une sténose très serrée avec dilatation considérable. La notion pratique qui en découle, est qu'il faut porter l'anasto-

mose le plus loin possible du pylore très abaissé dans ce cas.

V. — L'ulcère peptique du jéjunum peut évoluer d'une façon latente. Sa terminaison habituelle est alors la perforation d'emblée avec péritonite mortelle.

VI. — Bien plus souvent il revêt une allure chronique avec troubles digestifs accompagnés de phénomènes de réaction péritonéale. Cette forme « plastique » aboutit soit à une infiltration de la paroi (plastron), soit à la formation d'une fistule bimuqueuse (perforation dans un viscère creux).

VII. — Le diagnostic de l'ulcère jéjunal est souvent facile; toutefois aux premières phases de son évolution il est des plus délicats; aussi l'observation où l'on tiendra le malade doit elle être toujours très attentive.

VIII. — Le traitement s'adresse à chaque cas en particulier. Laparotomie précoce dans la forme perforante ; en général, excision de l'ulcère et nouvel abouchement.

IX. — Le traitement chirurgical n'est qu'un traitement de nécessité. L'idéal est de prévenir la formation de l'ulcère. Les alcalins sont avec un régime approprié un adjuvant précieux dans cette conduite de choix.

Vu : le Président de la thèse
TERRIER

Vu : Le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ABRAM. — *Thèse de Paris*, 1898.

BOURLIER. — *Thèse de Paris*, 1903.

BRAUN. — *Verhandlung d. deutsch. Gesellesch. f. chir.* Berlin. Perforation du jéjunum, 1899, p. 95-97.

BRODNITZT. — Kongressbericht, 1902, p. 77.

BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.

COLLIN. — *Thèse de Paris*, 1893.

CHAPUT. — Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires. Paris, 1892.

CZERNY. — Sur les opérations faites sur l'estomac et l'intestin à la clinique chirurgicale de Heidelberg, 1892.

— *Beitræge für Klinische chirurg.* Bd. XXXIX, p. 98.

DARRAS. — *Thèse de Paris*, 1896.

DEFONTAINE. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1897.

DEBOVE ET RENAUD. — L'ulcère de l'estomac. *Bibliothèque Charcot-Debove.*

DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et de l'intestin. *Paris*, 1895.

EISELBERG. — *Revue de chirurgie.* Paris 1905, t. II, p. 579.

GILLES DE LA TOURETTE. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 8 juin 1894.

GOEPEL. — Kongressbericht, 1902, p. 108.

Gosset. — *Revue de chirurgie*. Paris, 1906, p. 54 et 290.
Hayem et G. Lyon. — Traité de médecine et thérap., t. IV.
Hahn. — Kongressbericht. Berlin, 1899, p. 74.
— *Idem*, 1902, p. 114.
Heidenhain. — Kongressbericht, 1902, p. 108.
Herczel. — *Revue de chirurgie*. Paris, 1905, t. IV, p. 596.
Jaboulay. — Inconvénients de la gastro-entérostomie simple, moyens d'y remédier. *Prov. méd.* Lyon, 1894.
Jahr. — *Berlin klin. woch.*, 1905, n° 44, p. 100.
Jonnesco. — Congrès de chirurgie, 1900.
Jullich. — *Thèse de Paris*, 1905.
Kaufmann. — Mitteilungen aus den grenzgebieten der med. u. chir. 1905, p. 151.
Kauseh. — Kongressbericht. Berlin, 1899, p. 75.
Körte. — Kongressbericht. Berlin, 1900, p. 137.
Kocher. — Kongressbericht, 1902, p. 103.
Krönlein. — Kongressbericht, 1902, p. 110.
Le Renaud. — *Thèse de Paris*, 1890.
Moyo Robson. — *Annals of. Surgery*, 1904, p. 190.
Mikulicz. — Kongressbericht. Berlin, 1900 p. 141.
— *Idem.*, 1902, p. 115.
— *Boston méd. and. surg. Journal*, 1903, n° 23.
Monprofit. — La gastro-entérostomie, 1903.
— Traitement chirurgical des affections bénignes de l'estomac. Congrès de Bruxelles, 1905.
— *Annales internat. de la chir. gastro-intestinale*, sept. 1906.
Neumann. — *Deutsche Zeitschr. f. chir.* Bd. LVIII, p. 270.
Quénu. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1902, p. 250.
Roux. — Anastomoses intestinales et gastro-intestinales. *Arch. prov. ch.* Paris, 1900.
Schloffer. — *Wien. Klin. Woch.* 1903, n° 16, p. 492.
Sick. — *Deutsch. arch. f. Klin. méd.*, 1906. LXXXVIII.

Sineau. — *Thèse de Paris*, 1900.

Steinthal. — Kongressbericht. Berlin, 1900, p. 139.

Terrier et Hartmann. — Entéro-anastomose avec double implantation de l'intestin dans l'estomac. Paris, Steinheil, 1899.

— La chirurgie de l'estomac, 1899.

Tiegel. — Mitteilungen ans den grenzgebieten des med. de chir., t. XIII, p. 897.

Watts. — The *Johns Hopkins Hospital Bulletin*. Baltimore, 1903, p. 191.

Imprim. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.